Rok XXXVII. Kraków, 5. Listopada 1898. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.**

Leczenie rwy kulszowej (ischias) zewnętrznem stósowaniem kwasu solnego.

Napisał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

Do najczęstszych nerwobólów należy, jak wiadomo, obok rwy twarzowej — nerwoból kulszowy.

Nerwoból kulszowy inaczej rwa kulszowa *(neuralgia ischiadica, ischialgia, ischias, ischias postica, neuralgia femoro-poplitea, malum Cotunnii*, od lekarza włoskiego Cotugno, który rwę opisał dokładnie jeszcze w r. 1764[1]); po staropolsku: *scyjatyka)* jest często niezwykle przykrem i uporczywem cierpieniem.

Rozpoznawszy rwę kulszową, należy dojść do etyologii tej choroby, gdyż do niej musi się stósować leczenie. Największą liczbę przypadków rwy kulszowej stanowi rwa przyrody gośćcowej (ischias rheumatica). Określenie takie wprawdzie jest tylko pokryciem naszej nieświadomości, co do istotnej przyczyny choroby; przecież odznacza dobrze cały szereg przypadków rwy od innych, których tłem są inne choroby (jak dna, zimnica, cukrzyca, kiła, guzy uciskające nerw, nowotwory, choroby macicy i jej otoczenia itp.).

W leczeniu rwy gośćcowej, o której już tylko w dalszym ciągu mówić będę — używamy leków wewnętrznych i zewnętrznych. Leki wewnetrzne, używane w rwie, do których zaliczają się tak liczne środki przeciwgorączkowe i przeciwgośćcowe (salicylan sodowy, fenacetyna, antipyrina, salipyrina, antifebrina, analgen itd.), działają nieraz rzeczywiście skutecznie, znoszą objawy chorobowe, to jest ból; wpływ ich jednak jest przemijający, krótki. To też nic dziwnego, że obok nich lub i bez nich, uciekamy się do leków zewnętrznych, działających miejscowo na okolicę nerwobólem zajętą. Szereg tych środków zewnętrznych wcale pokaźny: a więc maście kojące z podstawą makowca, wilczej jagody (Belladona), chloroformu itp.; wstrzykiwania podskórne w okolicę nerwu zajętego bólem — z wody, morfiny, atropiny, antipiryny, azotanu srebrowego, nalewki jodowej, chloroformu itd., oraz niedawno zalecone z błękitu metylenowego na tej zasadzie, że barwik ów posiada szczególne powinowactwo do osiowych włókien nerwowych[2]).

Międsienie, elektroterapia (prąd stały i pędzel faradyczny), hydroterapia z rozmaitymi zabiegami okładów, zawijań, natrysków zwykłych i szkockich, kąpiele alkaliczne, siarczane, wapienne, cieplice, rozpylanie chlorku metylowego, eteru — stanowią dalszy szereg sposobów miejscowych, używanych w rwie kulszowej. Najdosadniej działają w końcu środki odwodzące, a wpływ ich można wytłómaczyć w ten sposób, że podrażniając silnie skórę i nerwy skórne ponad miejscem bolącem, sprowadzają rozszerzenie naczyń powierzchownych, a opróżniają naczynia głębsze i przez to przytępiają pobudliwość nerwów zajętych nerwobólem. Środki odwodzące stosuje chętnie terapia francuska, mniej niemiecka, zaś terapia polska w tym względzie stoi mniej więcej pośrodku, zbliżając się jednak więcej ku postępowaniu lekarzy francuskich. Sporo mamy środków odwodzących od łagodnych aż do najsilniejszych: bańki suche, pryszczydła zwykłe i tak zwane latające, gorczyczniki, przypieczki (moxa), dawniejsze, a dzisiaj znowu odgrzebane z niepamięci zawłoki, wreszcie „ferrum candens“, żelazo rozżarzone — to jest żegadło Pacquelinowskie. Ponieważ najdosadniejszy z tych środków, to jest żegadło, w wykonaniu przedstawia pewne niedogodności dla lekarza i dla chorego, chciano go zastąpić przyżeganiami zapomocą kwasów żrących.

Z pomiędzy nich próbowano najpierw kwasu siarkowego, mianowicie w terapii lekarzy francuskich (jeszcze w r. 1860 Dr. Legroux, potem Dr. Leroy i Dr. Morshy z Constantine[1]). Jednakowoż kwas siarkowy działa zanadto silnie na skórę, niszczy tkanki w głąb i drążąc, sprowadza nieraz rozległe obumarcia skóry. To też stósować go nie można i dzisiaj już go nie zalecają.

Jest przecież inny kwas, a mianowicie **kwas solny**, który dał się do tego celu zużytkować. Kwas ten nadżera tylko powierzchownie, a przytem wywoływa silny odczyn, jest więc dobrym środkiem odwodzącym. Kwasu solnego zaczął próbować najpierw z dobrym skutkiem Dr. Saliège w szpitalu miejskim Mustapha, a potem Dr. Ch. Gennatas[2]), który w rozprawie swej (Thèse inaugurale), wyłożonej przed wydziałem lekarskim w Montpellier, ogłosił bardzo pomyślne wyniki, osiągnięte w rwie kulszowej.

Przypalania żegadłem Pacquelinowskiem, jak wspomniałem, przedstawiają pewne niedogodności; jest to już zabieg większy, wymagający przedewszystkiem przyrządu kosztownego, dalej nie zawsze pożądany przez chorego, który nań zgodzić się nie może, lub nie chce. Z tych powodów zastąpienie żegadła kwasem odpowiednim jest wdzięcznem zadaniem, jeżeli do tego jest uwieńczone powodzeniem.

[1]) D. Cotunnii Comment. de ischiade nervosa. Neapol. 1764.

[2]) Ehrlich u. Leppmann. Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. Deutsche med. Wochenschrift, 1890. Nr. 23.

[1]) Patrz w »La Semaine Médicale« 1897. Nr. 50, str. 400. Duchesne zalecał też posypywanie skóry kwiatem siarczanym, a na to opaskę ciepłą, podobno z dobrym skutkiem. (Journ. de méd. de Paris, 1888, Nr. 3).

[2]) Traitement de la sciatique par des applications d'acide chlorhydrique. La Semaine Medical. 1897. 27 Octobre Nr. 50, str. 400.

Dlatego też postanowiliśmy w klinice wypróbować stósowanie kwasu solnego i dojść pod tym względem do pewnego przekonania.

Nasamprzód podaję sposób zastósowania kwasu solnego, używany prze Dra Ch. Gennatasa, oraz wyniki jego.

Potrzeba jakich 15—20 grm. czystego zgęszczonego kwasu solnego, którym się pomazuje miejsca bolące, a następnie zakłada się opatrunek z waty. Po upływie doby lub dwu dob zabieg się powtarza, jednak należy unikać nakładania kwasu w miejsca pokryte pęcherzykami, aby nie wywołać zapalenia skóry. Skutek takiego leczenia był znakomity u dwunastu chorych z rwą kulszową. Po 3—5 pomazaniach, co wymagało od 7—25 dni; nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Dr. Gennatas miał sposobność stósowania takiego leczenia tylko w rwie czysto nerwobólowej (neuralgia ischiadica), nie próbował go, z braku przypadków, w rwie zapalnej (neuritis ischiadica).

Przystąpiwszy do stósowania kwasu solnego, wyrobiliśmy sobie następujący sposób, którego się we wszystkich przypadkach obecnie w klinice trzymamy. Najpierw oznaczamy dokładnie wszystkie „miejsca bolesne“ na ucisk w przebiegu nerwu (tak zw. „points douloureux“ Valleixa), oraz miejsca bolesne na stosie pacierzowym, czyli „miejsca pacierzowe“ (tak zw. „points apophysaires“ T r o u s s e a u a), jeżeli oczywiście w danym przypadku istnieją. Miejsca te zakreśla się ołówkiem dermatograficznym i pomazuje kwasem solnym w leżącej postawie chorego, brzuchem na łóżku. Do pomazywań najodpowiedniejszym pokazał się pręcik szklany, a raczej rurka dosyć gruba, zatopiona na końcu w ogniu dmuchawki w karby, około których można mocno przytwierdzić tasiemką kawałek odpowiednio złożonej waty.

Laseczką tą z gałką waciana, umaczaną w czystym zgęszczonym kwasie solnym, pomazujemy skórę kilkakroć wzdłuż kresek, naznaczonych ołówkiem w szerokości kilku ctm, uważając, aby nadmiar kwasu nie ściekał na posłanie lub bieliznę chorego. Wśród tych pomazywań powstają nieraz, zwłaszcza, gdy w otoczeniu chorego jest ciepło (a więc więcej pary wodnej), wyziewy z pary kwasu solnego, które z wilgocią z powietrza razem połączone unoszą się jak dym i mogą zadrażnić narząd oddechowy lekarza, mniej chorego, bo ten twarzą od nich odwrócony; to też trzeba się strzedz przed wdychiwaniem tych wyziewów, albo też zasłonić sobie nos chustką.

Chwilę po pomazaniu chory leży spokojnie, aby kwas mógł wniknąć i napoić dobrze przyskórek, poczem zakłada się opatrunek niezbyt gruby z waty i przymocowywa się opaską. Opatrunek zostaje aż do następnego smarowania, albo też, jeżeli w przerwie chory ma brać kąpiel, to się go po kilku godzinach zdejmuje.

Stósownie do tego, czy w danym przypadku na kończynie chorej istnieje n a d c z u ł o ś ć b ó l o w a (hyperalgesia), jak bywa zazwyczaj w świeżej rwie, lub też w dawniejszej rwie występująca n i e c z u ł o ś ć na ból i n i e d o c z u ł o ś ć (anaesthesia, hypalgesia) — chory rozmaicie odczuwa odczyn smarowania. Więc pieczenie będzie znaczne w pierwszym razie, a w drugim wcale chory nie czuje najmniejszego bólu, czasem znów bardzo słaby ból. W niektórych przypadkach dopiero po kilku pomazaniach chory zaczął wogóle odczuwać działanie kwasu, a z początku miał wrażenie, jakoby zwilżenia skóry wodą, mimo, że skóra była dobrze zaczerwieniona. W chwilę po pomazaniu następuje przekrwienie znaczne skóry; po pewnym zaś czasie wzmaga się ciepłota miejscowa skóry na kończynie. Większy stopień odczynu stanowią pęcherzyki drobne, napełnione cieczą surowiczą, podobne do pęcherzyków po sparzeniu pokrzywą. Następnie, w dalszym przebiegu pomazywań, występują p l a m y ze zniszczonego przyskórka, barwy szaro zielonawej, otoczone obwódką żywo różową. Później jeszcze powstają ograniczone nadżarcia, niemające jednak skłonności do ropienia, lecz łatwo zastrupiające się. Wówczas, jak wogóle śród całego tego leczenia pomazywaniami kw. solnym, należy polecić kąpiel ciepłą, a po niej smarowanie jakąś gojącą maścią (n. p. cynkową).

Przerwy pomiędzy pomazywaniami muszą się stósować do odczynu wywołanego ostatniem pomazaniem. Zazwyczaj co drugi lub trzeci dzień można ponawiać zabieg, wyjątkowo co kilka dni.

Chorzy znoszą dobrze pieczenie, które nie jest znowu nadzwyczajne, chyba w przypadkach, połączonych z wielką nadczułością. Już po pierwszem pomazaniu następuje często znacza ulga w bólach, oraz poprawa sprawności kończyny chorej.

Niekiedy znów ulga występuje dużo później, po kilku smarowaniach, ale jest trwała; to też nie należy się zniechęcać pozorną bezskutecznością z początku tego leczenia. Wśród stósowania pomazywań, co jest rzeczą uwagi godną, spostrzedz można często rozpromienianie się bólu w zakres innego nerwu, kiedy równocześnie obszar dawniejszego nerwobólu znikał Tak np. może się pojawić nerwoból międzyżebrowy, albo innych gałązek na samej kończynie chorej, które dotąd nie były wciągnięte w obszar schorzenia. Jest to jednak tylko przemijający objaw, a świadczy o skuteczności leczenia w danym przypadku, bo występuje wtedy, gdy główny poprzedni nerwoból prawie że już ustąpił.

Skóra lepiej odżywiona, cienka i u kobiet, prędzej okazuje odczyn zapalny po smarowaniach, niż skóra sucha, pomarszczona i u mężczyzn. Niekiedy opiera się skóra dosyć stosunkowo długo tak, że po kilkakrotnych pomazywaniach ledwo śladzik zaczerwienienia się pojawia, potem jednak niedługo powstaje silny odczyn. W zasadzie, jeżeli tylko jest silny odczyn, ulga bywa znacznego stopnia W przypadkach nieczułości na ból pojawienie się wreszcie pieczenia jest dobrym znakiem, bo rychło też i objawy rwy mijają.

Śród tego postępowania nie można się obejść, zwłaszcza w początkach, bez pomocy środków wewnętrznych, działających objawowo, kojących bóle. Trzeba więc podawać salicylan sodowy, fenacetynę, antipirynę, salipirynę, antifebrynę, analgen itp. Dodać należy, że dobrych wyników w naszych przypadkach osiągniętych, nie trzeba przypisywać tym środkom wewnętrznym, ponieważ były one poprzednio podawane bez stałego dodatniego skutku.

Leczenie wspierają kąpiele ciepłe, równocześnie gojąc uboczne skutki nadżerek kwasowych.

Wynik postępowania z kwasem solnym jest, można powiedzieć bez uprzedzenia, bardzo dobry. Widocznie ustępują bóle, kończyna odzyskuje dawną sprawność, a co najważniejsze, że skutek jest trwały. Nawet w bardzo uporczywych i zastarzałych przypadkach skutek, choć powolniej występujący, mimo to bywa stały; chyba wyjątkowo następuje nawrót nerwobólu, lecz rzadko i w o wiele słabszem

nasileniu, jeżeli do tego chory przez nieszanowanie się sam nań niejako zarobił.

Oprócz świeżej rwy nerwobólowej działa niemniej dobrze sposób ten we wszystkich stopniowaniach rzeczonej słabości, a więc w rwie dawniejszej, również w rwie zapalnej czyli w zapaleniu nerwu kulszowego (neuritis ischiadica), a też stósować go można w rwie połączonej ze skrzywieniem bocznem stosu pacierzowego (ischias scoliotica, scoliosis ischiadica).

W rwie ze skrzywieniem stosu, gdy bóle pod wpływem kwasu solnego ustąpiły, również zmniejsza się skrzywienie, co jednocześnie można popierać stósowaniem zawieszań na przyrządzie Charcot-Moczutkowskiego[1]).

Wpływ pomazywań da się ocenić przy badaniu następnem. Miejsca bolesne na ucisk, położone w przebiegu nerwu kulszowego i jego gałązek, lub też nerwów sąsiednich, które nieraz bywają jednocześnie dotknięte nerwobólem, stopniowo stają się coraz mniej tkliwe, aż w końcu nawet, przy silnym ucisku, zupełnie niebolesne. To samo stosuje się do mięśni, które często obok nerwów dają się we znaki swą obolałością. Przykurczenia mięśni z powodu bólu ustępują, kończyna da się czynnie i biernie poruszać bez sprawiania dolegliwości. Objaw ten bólu, który występuje przy przybliżaniu kończyny w kolanie wyprostowanej do brzucha (w postawie leżącej chorego), przez co zarówno bywa naciągnięty nerw kulszowy, objaw bardzo znamienny dla rozpoznania rwy pozbawionej innych zwykłych cech, a który to objaw nazwijmy dla krótkości „objawem naciągania“[2]), również pod wpływem leczenia ginie. Można kończynę doprowadzić do kąta prostego z brzuchem, a ani ślad bólu nie powstaje w miejscu wyjścia tego nerwu, ani w stosie pacierzowym, jak to bywa zazwyczaj w rwie przed tem leczeniem.

Pomazywanie winno być oczywiście dokonywane przez lekarza, aby nie narazić chorego na niemiłe skutki złego stósowania kwasu i w następstwie nie sprowadzić ciężkich obrażeń ciała. Wymaga dalej bacznej uwagi i ostrożności, aby za często nie ponawiać tego zabiegu i nie wywołać wyprysku lub rozległych owrzodzeń. Jeżeli mimo uwagi owrzodzenia powstaną, to niema się ich zanadto co bać, bo niedługo pod wpływem maści osłaniających lub wysuszających (Ung. emolliens, Ung. Zinci) albo też pod posypką proszkiem (jodoformem, dermatolem, tannoformem) ustępują. Zastanowić się należy nad zachowaniem się kwasu solnego do samej skóry.

Kwas solny jest środkiem silnie żrącym, który, dłużej działając, sprowadzić może zapalenie i nadżarcia. Nakładany na skórę na większej przestrzeni, zwłaszcza gdy się przyskórek złuszczy i powstaną przeczosy (zdarcia przyskórka), może kwas solny dostać się wgłąb. Tutaj jednak w tkankach zobojętnia się zasadowymi sokami i wiąże się w chlorki, a więc połączenia nieszkodliwe.

Na podstawie tego rozumowania nie można się obawiać ogólnych złych skutków z pomazywań kwasem solnym, co też i doświadczenie w poniższych przypadkach wykazało, jeżeli oczywiście obszar pomazanej skóry nie przekracza znacznych granic (jak przy oparzeniu).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Nawet wogóle leczono rwę zawieszaniami Charcot Moczutkowskiego. Robił to G. de la Tourette z dobrym wynikiem. Prof. Bernhardt niema pod tym względem własnego doświadczenia i zachęca do prób.

Prof. M. Bernhardt: *Die Erkrankungen der peripherischen Nerven.* (Wien. 1897. II Theil. str. 363).

[2]) „Objaw naciągania«, na który zwrócił uwagę Oppenheim i nazwał go »Ischias-phaenomen«. *(Lehrbuch der Nervenkrakheiten.* Berlin. 1894. str. 387). Sposób podany przez Gowersa w zasadzie polega na tej samej właściwości nerwu kulszowego. że jeżeli nerw w jakikolwiek sposób naciągamy, powstaje ból w samym nerwie. Gowers mianowicie radzi, aby, gdy chory siedzi, przygiąć mu kończynę w kolanie nieco poza kąt prosty i wówczas uciskać palcem na nerw w dole kolanowym, przyczem ma wystąpić bolesność. (Patrz: Prof. Dr. Fr. Schultze, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* Stuttgart. 1898. I. Band. str. 111).

II. O wygniataniu płodu. (Expressio foetus).

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

asystent szkoły położnych w Krakowie.

Ograniczenie zabiegów operacyjnych wewnątrz przewodu rodnego kobiety zmniejsza niewątpliwie możliwość zakażenia. Dlatego to, równie jak przy badaniu osób ciężarnych i rodzących, gdzie kładziemy większą wagę na badanie zewnętrzne, a staramy się ograniczyć wewnętrzne, tak niemniej starać powinniśmy się o ile możności ograniczyć zabiegi operacyjne wewnętrzne na korzyść zabiegów, wykonywanych od zewnątrz.

Zabiegi zewnętrzne, stósowane u osób rodzących, mogą zmierzać do zamiany, względnie poprawy, położenia lub ułożenia płodu, jako zabiegi przygotowawcze, albo też do wydalenia płodu, jako zabiegi rozwiązujące.

Na początku tego stulecia polecił Wigand wykonywać poprawę położenia, obrót płodu, zapomocą zabiegu zewnętrznego.

Zastósowanie zaś zabiegów, wykonywanych w pewnym określonym celu od zewnątrz przez powłoki brzuszne, w połączeniu z zabiegami wewnętrznymi, mającymi poprawić położenie, polecili Robert Lee, Scanzoni, Hohl, Martin, Hecker, Spaeth, Küneke, Hegar. W ten sposób powstały metody skombinowane obrotu płodu, a za taki typowy zabieg uważać musimy obrót metodą Braxtona Hicksa. W celu poprawienia nieprawidłowego ułożenia płodu zastósował Schatz zabieg zewnętrzny przy poprzedzaniu twarzy płodu, a Thorn w tym samym celu podał zabieg skombinowany; Ostermann zaś zalecił przez skręcenie barków zapomocą zabiegu zewnętrznego przy nizkiem poprzecznem ustawieniu główki, lub gdy najniżej ułożoną częścią główki będzie ciemię duże, starać się wpłynąć na wytworzenie mechanizmu prawidłowego. Po odprowadzeniu wypadniętej rączki lub pępowiny staramy się również przez zabieg zewnętrzny główkę zepchnąć do wchodu miednicy. Zabiegi zewnętrzne u osób rodzących, wykonywane przez powłoki brzuszne zapomocą dłoni, pięści, stopy, kolana, a wreszcie całego ciężaru ciała osób drugich, w celu wydalenia płodu, były stósowane już od najdawniejszych czasów, jak o tem świadczą dzieła lekarskie autorów starożytnych i średniowiecznych. Jako postępowanie jednak, oparte na pewnych ścisłych podstawach, zostało wtłaczanie i wygniatanie płodu zaliczonem do zabiegów położniczych dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia. Pierwszy Credé polecił w roku 1854 stósowanie ucisku zewnętrznego w celu wydalenia popłodu, jako postępowanie wypróbowane, które w największej liczbie przypadków zastąpić może wydobycie ręczne popłodu. Postępowanie to z początku nie wielu liczyło zwo-

lenników; dopiero gdy Credé na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Królewcu, w r. 1860, uzasadnił i poparł swoją metodę odpowiednimi wywodami, została ona ogólnie przyjętą. Ritgen, polecając wytoczenie główki płodu przez ucisk, wywarty zapomocą czterech palców na część międzykrocza, leżącą pomiędzy otworem stolcowym a kością ogonową, zaznaczył wyraźnie, że do wydalenia płodu należałoby w pierwszym rzędzie stósować ucisk, a nie tylko zawsze pociągać za część poprzedzającą płodu; szczegółów jednak takiego postępowania nie podał.

Ucisk przez powłoki brzuszne na główkę następującą przy porodach w położeniu miednicowem płodu, równocześnie z pociąganiem, stósowano już dawno, zwłaszcza wobec niestosunku porodowego, a według Winckla, postępowanie to zalecił już wyraźnie Celsus, potem Abulkasis, w nowszych zaś czasach Heister, Kiwisch, Wigand, Ritgen, Credé, Martin i t. d.

Jednak jako samoistny zabieg rozwiązujacy dopiero Kristeller polecił w roku 1867 ucisk przez powłoki brzuszne. Następnie P. Müller, a dalej Brühl, zaproponowali zapomocą ucisku przez powłoki brzuszne wtłaczać główkę do miednicy, w celu rozpoznania i oznaczenia stosunku wielkości główki płodu do miednicy. Wreszcie Hofmeier zalecił, w przypadkach niestosunku porodowego przy położeniach główkowych, wtłaczać główkę płodu w celu przeprowadzenia jej przez miednicę. Widzimy więc, że ucisk przez powłoki brzuszne ma rozległe zastósowanie w położnictwie.

Podczas gdy jedne zabiegi zewnętrzne cieszą się ogólnem uznaniem i mają szerokie zastósowanie, a nawet, jak np. zabieg Credégo, bywają stanowczo stósowane za często, to inne, jak wytłaczanie płodu według Kristellera, bardzo mało liczą zwolenników; tak przynajmniej sądzićby należało z niewielkiej liczby prac, zajmujących się tym zabiegiem. W przypadkach słabych bólów porodowych, przeciągania się porodu, lub też tam, gdzie zachodzi potrzeba przyśpieszenia porodu, radzi Kristeller przy położeniach podłużnych płodu, tak główkowych jako też i miednicowych, wykonywać zabieg w następujacy sposób: rodząca leży na łóżku podłużnem na wznak, operator staje z boku. Po odsunięciu pętli jelit i ustawieniu macicy, jeżeli jej oś podłużna zbacza, w kierunku linii środkowej ciała, układa się obie ręce w ten sposób, że dłonie leżą na dnie macicy lub nieco z boku, palce małe zwrócone są ku miednicy, palce wielkie zaś na przedniej ścianie macicy. Następnie rękami, w ten sposób ułożonemi, naciera się macicę przez powłoki brzuszne, a wreszcie, wywierając z początku słaby, a potem coraz silniejszy ucisk, ugniata się przez 5—8 sekund macicę, poczem ucisk stopniowo należy zmniejszać. Po jednej, dwu lub trzech minutach ucisk ten na nowo się powtarza, przesuwając ręce więcej na bok lub przeciwnie. Jeżeli ujście zewnętrzne macicy nie jest zupełnie rozwarte, należy ugniatać więcej boczne ściany; przy zupełnie zaś rozwartem ujściu — dno macicy. Takie ugniatanie należy stósować 10 do 20 a nawet 40 razy; jeżeli jednak po 20 ugnieceniach nie stwierdzimy wyraźnego postępu, dalszych prób należy zaniechać. Kristeller polecił to postępowanie nie tylko w drugim okresie porodowym wydalania płodu, ale radzi wykonywać takie ugniatanie i w okresie przygotowawczym, przy ujściu rozwartem na pięć marek, a więc mniej więcej na guldena. Zabieg sam jest według Kristellera nie boleśny; w razie zaś potrzeby radzi uciec się do uśpienia chloroformowego. Zdania, co do wartości wygniatania płodu, są różne. Spiegelberg przyznaje, że zabieg ten wzmacnia bóle porodowe i działać może oprócz tego mechanicznie; Schröder, Hüter, Martin stwierdzają, że ugniatanie może wzmacniać bóle porodowe, jako też działanie tłoczni brzusznej; Fehling przypisuje ugniataniu głównie działanie wzmacniające tłocznię brzuszną; Fritsch radzi nawet używać tego zabiegu, przedewszystkiem przy położeniach miednicowych płodu i zwraca uwagę na tę okoliczność, że często dopiero po zastósowaniu ugniatania występują bóle parte, a oprócz tego sądzi, że przy ugniataniu wywiera się wprost działanie na płód w kierunku jego osi podłużnej; Zweifel natomiast twierdzi, że stósowanie tego zabiegu przy osłabieniu bólów porodowych, jest bez wartości, gdyż ugniatamy ku dołowi macicę wraz z płodem, a nie wydalamy płodu z macicy; Kleinwächter zaś widzi w całym zabiegu tylko tyle pożytku, ile przez nacieranie i ugniatanie macicy bóle się wzmocnią. Podczas gdy ogólnie przeważa zdanie, że wygniatanie płodu należy stósować tylko w okresie wydalania płodu, to Bidder radzi stósować je i w okresie przygotowawczym, a nawet polecił stósować ten zabieg z równoczesnym uciskiem na wargę przednią macicy od wewnątrz, aby ją, przy nie zupełnie rozwartem ujściu zewnętrznem, wysunąć poza największą objętość główki.

Według Schrödera wydalenie płodu w drugim okresie porodowym odbywa się nie tyle wskutek zwiększenia się ciśnienia wewnątrz macicy przy jej skurczach, ile raczej skutkiem znacznie zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego, przez działanie tłoczni brzusznej. Podczas porodu bowiem macica z reguły wyciąga się tak znacznie, że w drugim okresie porodowym część kurcząca się macicy mieści w sobie zaledwie połowę, a nawet tylko $1/3$ część, płodu, skutkiem czego macica nie może dalej z odpowiednią siłą działać i, jeżeli tłocznia brzuszna nie rozwinie swego działania, to pomimo skurczów macicy poród albo wcale nie będzie postępować, albo tylko bardzo powoli. Im więcej zaś okres drugi porodu będzie się zbliżał do końca, tem więcej przeważać będzie działanie tłoczni brzusznej nad skurczami macicy.

Opierając się na zdaniu Schroedera musimy przyznać, że stósowanie ucisku od zewnątrz, w celu wydalenia płodu, jest zupełnie usprawiedliwionem. Ucisk bowiem, wywarty przez powłoki brzuszne, już drogą odruchu wywołać jest w stanie zwiększenie się działania tłoczni brzusznej, która w pierwszym rzędzie służy do wydalania płodu.

Nadto wiemy, że po zstąpieniu główki głębiej do miednicy małej, bóle, przedtem słabe, stają się na drodze zwrotnej silniejsze, a zatem po obniżeniu się główki skutkiem mocniejszego ucisku od zewnątrz możemy pośrednio, drogą odruchową, wzmocnić bóle porodowe. Pomimo tego, że myśl sama wygniatania płodu pod każdym względem teoretycznie najzupełniej jest uzasadniona, w praktyce sposób Kristellera nie wielkie znalazł zastósowanie, a niektórzy nawet odmawiają mu wprost praktycznego znaczenia.

Według Biddera dwie są przyczyny, które sprawiają, że w praktyce tak mało stosuje się wygniatanie płodu tą metodą. Pierwsza jest ta, że Kristeller niewątpliwie od początku przecenił całe postępowanie, polecając je jako zabieg samoistny do częstego zastósowania nawet w pierw-

szym okresie porodowym, podczas gdy w rzeczywistości wskazania do zastósowania wygniatania płodu są dość rzadkie. Drugą zaś jest ta okoliczność, że sposób postępowania, to jest wykonanie zabiegu podane przez Kristellera, nie jest w sposobie działania dość uzasadnione. A mianowicie radzi on obie ręce ułożyć na dnie macicy i ugniatać ku miednicy, albo też ręce ułożyć po obu stronach z boku macicy i w ten sposób uciskać; a więc radzi wywierać ucisk na macicę w różnych miejscach. Jaki więc jest cel tego ugniatania? czy zwiększenie bólów porodowych przez drażnienie macicy, czy zwiększenie działania tłoczni brzusznej, czy ucisk wywarty ma powiększyć ciśnienie śródmaciczne, czy też działać bezpośrednio na płód w kierunku jego osi podłużnej?

Otóż Kristeller tego nie tłómaczy i zdaje się, że chce uzyskać i jedno i drugie, gdyż radzi stósować ucisk tak przed, jako też i po pęknięciu pęcherza płodowego. Ztąd to pochodzi, że Kleinwächter przypisuje ugniataniu tylko znaczenie wzmacniania bólów porodowych, ztąd też niektórzy uważają zabieg ten za niedość energicznie działający, aby mógł zastąpić inne zabiegi operacyjne. Bidder wraz z Fritschem i Spiegelbergiem sądzi, że ugniatanie działa przedewszystkiem jako bezpośredni ucisk na płód, przez co do sił wydalających płód w prawidłowych stosunkach przybywa jeszcze siła działająca z tyłu. Z tego powodu radzi Bidder wykonywać zabieg ten inaczej aniżeli to polecił Kristeller. Ponieważ przez ucisk zadziałać mamy na płód w kierunku jego osi podłużnej, przeto nie należy według Biddera stósować ucisku na większej powierzchni, lub, co więcej, w różnych miejscach; lecz wyszukać należy drugą część, większą, płodu; a więc przy położeniu podłużnem główkowem — pośladki i uciskać następnie tylko na nie w kierunku miednicy, podczas gdy ścianę macicy należy ugniatać tylko o tyle, aby przeszkodzić usunięciu się pośladków. Do takiego uciskania wystarcza jedna ręka; dlatego radzi Bidder palcem drugiej ręki śledzić podczas ugniatania zachowanie się główki i postęp porodu.

Stósując od dłuższego czasu wygniatanie płodu w odpowiednich przypadkach, starałem się odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób działa ucisk wywarty przez powłoki brzuszne? A więc, czy przez ucisk zwiększamy działanie tłoczni brzusznej, czy też działamy bezpośrednio na podłużną oś płodu, jak na stempel, który ma wypychać część poprzedzającą? Zaznaczyć muszę, iż wygniatanie stósowałem tylko w drugim okresie porodowym, przy położeniach płodu podłużnych, miednicowych i główkowych; dalej w przypadkach osłabienia bólów porodowych, czy to pierwotnego, czy też następowego.

Największy obwód części poprzedzającej płodu znajdował się w tych przypadkach bądź w płaszczyźnie wchodu miednicy, bądź też już przeszedł przez wchód. Ucisk wykonywałem według opisu podanego przez Kristellera, jak również sposobem zaleconym przez Biddera. Operowałem zawsze bez uśpienia, aby nie stwarzać nowych warunków podczas porodu. Uciskałem zawsze tylko podczas bólu; kilka razy tylko wyjątkowo dla doświadczenia próbowałem uciskać w przerwie pomiędzy bólami. W krótkim czasie przyszedłem do przekonania, że, uciskając przez powłoki brzuszne, w największej liczbie przypadków zwiększamy przedewszystkiem działanie tłoczni bocznej, równocześnie jednak, zwłaszcza przy bardzo mocnem ugniataniu, możemy zadziałać bezpośrednio i na płód; że zatem ucisk może rozwijać działanie w obu tych kierunkach.

O ile zaś większe działanie przypisać należy zwiększeniu działania tłoczni brzusznej, lub też zadziałaniu bezpośrednio na sam płód, zależy to od różnych okoliczności, a więc w różnych przypadkach rzecz się przedstawia rozmaicie. O przeważnem zadziałaniu na tłocznię brzuszną mówić będziemy w przypadkach, w których zastosujemy ucisk u osób o powłokach brzusznych dostatecznie jędrnych, sprawnych, u jednostek nie wyczerpanych porodem, dostatecznie wrażliwych, oddziałujących na zadraźnienie odpowiednio do siły bodźca, to jest ucisku, a zwłaszcza wtedy, gdy stosujemy wygniatanie w okresie bólów partych. Bezpośrednio zaś na płód wywrzeć będziemy mogli działanie wtedy, gdy napięcie powłok brzusznych siłą ucisku przezwyciężymy, albo też, gdy tłocznia brzuszna wcale nic nie działa lub tylko bardzo słabo.

Dlatego możemy mówić o przeważnem działaniu ucisku bezpośrednio na płód w tych przypadkach, w których jeszcze nie wystąpiły bóle parte, lub też, w których działanie tłoczni brzusznej nie jest prawidłowe, czy to z powodu zbyt wiotkich powłok, czy też rozstępu mięśni prostych brzucha, lub wreszcie jako następstwo upośledzonej wrażliwości i zupełnego wyczerpania sił osoby rodzącej. Do przezwyciężenia napięcia powłok brzusznych, przy prawidłowej sprawności i działaniu tłoczni, potrzeba było użyć w każdym razie bardzo znacznej siły. Ponieważ wytłaczanie płodu stósowałem przeważnie w okresie bólów partych, a tylko wyjątkowo napotykałem przypadki z tak niedostatecznem działaniem tłoczni brzusznej, w których mogłem bez użycia wielkiej siły przezwyciężyć opór powłok; przeto zadziałać w pierwszym rzędzie bezpośrednio na płód mogłem tylko w bardzo nie wielu przypadkach. A mianowicie mogłem dobrze ugniatać na płód w przypadkach ciąży bliźniaczej po urodzeniu się pierwszego płodu, a dalej w przypadkach większej ilości wód płodowych po pęknięciu pęcherza płodowego, a więc w przypadkach, w których nie tylko tłocznia brzuszna nie rozwijała dostatecznego działania, ale i sam mięsień macicy, słabo się kurczący, nie stawiał wielkiego oporu. Równocześnie jednak rozwijała zawsze mniej lub więcej wybitne działanie i tłocznia brzuszna. W największej liczbie przypadków nie byłem w stanie zapomocą ucisku zadziałać wprost na płód, a to z powodu, iż ucisk stósowałem podczas parcia i, im silniej uciskałem, tem energiczniej pracowała zazwyczaj tłocznia brzuszna, lecz tylko do pewnego stopnia, gdyż jeżeli ucisk powiększyłem nad miarę i to przez czas dłuższy, wtedy tłocznia przestawała prawie zupełnie działać i rodząca poddawała się niejako działaniu ucisku. Badanie przez pochwę wśród tego zabiegu, co do zachowania się części poprzedzającej i postępu porodu, wykazywało, że przy ucisku miernym, który zwiększał znacznie działanie tłoczni brzusznej, wynik zabiegu w tym samym przypadku był znacznie lepszym, aniżeli przy zastósowaniu bezpośrednio na płód tak wielkiego ucisku, który zarazem wykluczał do pewnego stopnia działanie tłoczni brzusznej. Najlepiej można to było spostrzegać w przypadkach, w których główka podczas zabiegu zaczynała napinać międzykrocze i rozwierać srom.

Ucisk mierny, zwiększający działanie tłoczni brzusznej, okazał się w praktyce przy wykonywaniu wygniatania płodu

korzystniejszym, energiczniej działającym, aniżeli ucisk znacznie silniejszy, wywierany bezpośrednio na płód, przy równoczesnem wykluczeniu do pewnego stopnia działania tłoczni.

(Dokończenie nastąpi).

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastosowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

Zadaniem niniejszej rozprawki jest podanie praktycznych wskazówek, jak należy przeprowadzać badanie krwi, jakie z tego badania dają się wyciągnąć wnioski i jakie ono ma znaczenie dla lekarza praktycznego w rozpoznawaniu i rokowaniu klinicznem. Badania, które jeszcze przed kilku dziesiątkami lat zaledwie tylko klinikom i specyalnym pracowniom były dostępne, dziś stoją otworem dla każdego lekarza i nawet w najskromniej urządzonej pracowni wykonać się dają. Rozwój hematologii, jej znaczenie w rozpoznawaniu i rokowaniu, nadzwyczaj proste metody, których przy badaniu krwi się używa, wreszcie nie kosztowna, ku temu celowi służąca pracownia, oto okoliczności, które stanowczo przemawiają za tem, aby badanie krwi wykonywane być mogło przez każdego lekarza. Nie każdemu jednak pozostaje tyle czasu, aby w swej pracowni mógł przesiedzieć kilka lub kilkanaście godzin dziennie i z doświadczenia przez siebie samego nabytego, mógł w danym przypadku odszukać to, co stanowi wartość praktyczną zbadania, czy to w rozpoznaniu, czy rokowaniu poszczególnego przypadku chorobowego. Mając za sobą kilkoletnie doświadczenie, jakiego nabrałem w klinikach: krakowskiej Korczyńskiego, wiedeńskiej Neussera i w szpitalu Wilhelminy, chciałbym w krótkości przedstawić wyniki praktyczne, dające się z badania krwi wyciągnąć.

Za niezbędne do badania krwi uważam następujące przyrządy:

1) mikroskop, a w tym względzie poleciłbym mikroskop z fabryki Reicherta, który od mikroskopów Zeissowskich, dziś za najlepsze uważanych, różni się może tylko w wykonaniu statywy, która u Reicherta jest o wiele masywniejszą; zaś co do ostrości obrysów (konturów) obrazków, to prawie że się między sobą nie różnią, jak to i sam miałem o tem sposobność się przekonać, a jednocześnie kilkakrotnie zdanie takie z ust bardzo poważnych słyszałem. Reichertowskie natomiast przyrządy są, jak dzisiaj, znacznie tańsze.

2) Przyrząd do liczenia ciałek krwi Thoma-Zeissa.

3) Przyrząd do oznaczenia hemoglobiny, najlepiej według Gowersa, lub też przyrząd Fleischla, który to ostatni jest znacznie droższy od pierwszego, a wyniki otrzymane według przyrządu Gowersa, są nawet dokładniejsze, aniżeli według przyrządu Fleischla.

4) Mały spektroskop, najlepiej *à vision directe*.

5) Puszka miedziana lub blaszana z cieplomierzem do ustalania preparatów krwi tam, gdzie takowa łatwo daje się wykonać

6) Nożyk do kłócia. W Wiedniu używa się powszechnie nożyka ukrytego w okładce stalowej, która daje się odpowiednio przesuwać tak, że możemy według niej długość końca nożyka, jakiej potrzebujemy do nakłócia, dowolnie regulować. Zresztą wystarczy również dobrze zwyczajna igiełka, używana do szczepienia, lub też maleńki bistur.

7) Szczypczyki (pensety), szkiełka przedmiotowe i nakrywkowe.

Prócz wymienionych przyrządów potrzebne jeszcze są:

a) wyskok bezwodny, eter do oczyszczenia i do ustalenia preparatów.

b) Odczynnik Hayema do liczenia ciałek czerwonych krwi, według przepisu: *Hydragyr bichlorat 0,5. Natrii sulfurici 5,0, Natri chlorati 1,0, Aquae destill. 200.0, m filtra.*

c) Płyn, używany przy liczeniu ciałek białych. Rozczyn 1$^1/_2$% kwasu octowego z dodatkiem kilku kropli alkoholowego rozczynu fioletu metylowego, (methylviolet) tak, że cały płyn przybiera zabarwienie fioletowe, jest przeźroczysty; przed użyciem zawsze należy dokładnie przesączyć.

d) Barwik Ehrlicha, t. zw. triacyd (Triacidlösung), składający się: z nasyconego rozczynu wodnego *Orange G.* 125 ctm.^{3}.

» » » fuchsyny kwaśnej, zawierającej 20% wyskoku, 125 ctm.^{3}

Do tego dodaje się 125 ctm.^{3} nasyconego rozczynu wodnego zieleni metylowej (methylengrün) i 75 ctm.^{3} wyskoku bezwodnego. Sporządzanie tego barwika jest nadzwyczaj żmudne, dlatego najlepiej sprowadzić gotowy z chemicznej fabryki.

e) Nasycony rozczyn wyskokowy błękitu metylowego.

f) » » wodny błękitu metylowego

g) Rozczyn eozyny wodnej: *Eosini d'l 0,5, Spirit. Vin. absolu. 44,0; Aquae destill. 56,0.*

h) Rozczyn błękitu metylowego bardzo słabo alkalicznego. Ten przyrządza się w ten sposób, że do flaszeczki, napełnionej do połowy wodą, dodaje się tak długo nasyconego rozczynu wyskokowego błękitu metylowego, jak długo płyn w szyjce flaszeczki jest jeszcze przeźroczysty. Z chwilą, kiedy przeźroczystość zaczyna znikać, rozczyn jest gotowy Do takiego rozczynu dodajemy kroplę ługu potasowego na 200 grm.

i) Woda przekroplona.

Aby szkiełka, podczas drogi, nie uległy zniszczeniu, dobre usługi oddaje w tym celu skrzyneczka skórzana, rodzaj t. zw. »Brieftasche«. Na jednej jej stronie urządzone są przedziałki, służące na szkiełka nakrywkowe czyste i z krwią zebraną. W głębi zaś, poza przedziałkami, znajduje się wolne miejsce dla szkiełek przedmiotowych, a względnie i dla barwików. Nożyk umieszczony jest po drugiej stronie skrzyneczki i, zapomocą przytrzymywacza, odpowiednio ustalony. Skrzyneczka taka nie zabiera dużo miejsca, a daje dogodne umieszczenie dla preparatów krwi, które następnie w pracowni dokładniej zbadane być mogą. —

W badaniach krwi, o które nam w naszej rozprawce chodzi, wystarcza mała ilość krwi, którą otrzymujemy w następujący sposób: Najdogodniej jest brać krew z opuszki palca, tak jak to czyniliśmy w klinice krakowskiej, lub też jak w Wiedniu, z ucha. Po odpowiedniem oczyszczeniu palca lub ucha wyskokiem i eterem, nakłówamy niezbyt głęboko skórę nożykiem; pierwszą wydostającą się z rany kroplę krwi ścieramy wacikiem, a do badania bierzemy dopiero kroplę drugą lub trzecią. Uważać przytem należy, aby krew sama wydostawała się z nakłótego miejsca; zbytnie bowiem wyciskanie zaciera poniekąd prawdziwy obraz krwi. Zachwyciwszy szczypczykami (penseta) szkiełko nakrywkowe, dotykamy lekko wydostającej się kropli krwi tak, że ta pozostaje na szkiełku, które następnie stroną, na której się kropla krwi znajduje, kładziemy na szkiełko przedmiotowe, bacząc, by krew się po całym preparacie jednostajnie rozmieściła. Unikać trzeba przyciskania jednego szkiełka na drugie, gdyż łatwo powstają we krwi zmiany, wywołane przez zbytni ucisk.

Im kropla krwi mniejsza, tem dokładniej krew się po szkiełku rozniesie, a nasze wyniki tem jaśniej występują.

W ten sposób otrzymany preparat krwi dajemy pod drobnowid i zaraz na miejscu oglądamy. Dalszą kroplę, uchwyconą na szkiełko nakrywkowe, kładziemy na drugie szkiełko nakrywkowe, a kiedy kropla krwi jednostajnie się na obydwu szkiełkach rozmieściła, odciągamy szczypczykami lub palcami jedno szkiełko od drugiego i otrzymujemy dwa preparaty krwi, które osuszone na powietrzu i odpowiednio ustalone w piecyku do 120° według Ehrlicha, lub w rozczynie alkoholu i eteru w równych częściach, służą nam do następowego barwienia.

Rola, jaką krew w ustroju ludzkim odgrywa, jest nadzwyczaj ważna. Z jednej strony doprowadza ona ustrojowi niezbędne do jego utrzymania pierwiastki, z drugiej zaś szkodliwe wytwory przemiany materyi wyprowadza z ustroju. Stanowi ona płyn, będący w ciągłym ruchu i do wszystkich komórek ustroju wnikający.

W prawidłowych warunkach krew oddziaływa alkalicznie i to skutkiem zawartości fosforanu sodowego (Na_2HPO_4). W pewnych stanach chorobowych stopień alkaliczności krwi ulega nieznacznym wahaniom, które nie posiadają większego znaczenia klinicznego.

Zależnie od tego, czy krew badana wzięta jest z naczyń żylnych czy tętniczych, barwa jej jest różną. W pierwszym przypadku jest ona ciemno-czerwoną, w drugim zaś jasno-czerwoną. Do badań klinicznych otrzymana krew przez nakłócie opuszki palca, lub ucha, jest krwią mieszaną i w prawidłowych warunkach przedstawia badającemu oku barwę mniej lub więcej jasno-czerwoną. W stanach chorobowych

barwa wydobywającej się z miejsca nakłócia krwi już makroskopowo może nam dawać pewne wskazówki o nieprawidłowym składzie krwi badanego osobnika. Rzecz jasna, że badania te, jak w ogóle badania, opierające się na mniejszej lub większej wrażliwości naszego oka, nawet dla wprawnych badaczy przedstawiają pewne trudności w ocenianiu ich wyników i częstokroć mylą. Wspomnieć mi jednak wypada, że w stanach niedokrewnych, a w szczególności w niedokrewności ciężkiej, kropla wydobywającej się krwi przedstawia barwę wybitnie blado-różową, co nietylko zależy od mniejszej zawartości hemoglobiny, ale także ma pewien związek z powiększeniem się ilości białych ciałek krwi. Podobnie blado-różową barwę krwi, choć w nieco mniejszym stopniu napotykamy w przypadkach wodnistości krwi (hydraemia), nie rzadko w ciężkich przypadkach błednicy, przyczem w wodnistości krwi, krew ma wejrzenie więcej wodniste. Przeciwnie w przypadkach zatrucia, w zapaleniu nerek (mocznica), w zatruciach chloranem potasowym, antypiryną, fenacetyną, w przypadkach, w których przychodzi niejako do przeładowania krwi kwasem węglowym, — barwa krwi jest ciemno-czerwoną, prawie czekoladową i krew jest gęsta. Już więc samo makroskopowe wejrzenie krwi daje nam w niejednym przypadku wskazówki co do składu krwi i wskazuje, w jakim kierunku szukać powinniśmy, by przyczynę schorzenia odnaleźć.

Preparat z krwi świeżej, otrzymany wyżej podanym sposobem, oglądamy pod drobnowidem przy pomocy soczewki Reichert 8, Zeiss D i okularze 4, lub też przy pomocy imersyi, co jednak nie jest rzeczą konieczną, choć badania zyskują bezsprzecznie na wyrazistości. W preparatach takich widzimy w pierwszej linii ciałka czerwone krwi, przedstawiające się naszemu oku jako krążki ze środkiem jaśniejszym aniżeli brzegi, o barwie zielonkawo-żółtej, niektóre z nich układają się jedne na drugich i tworzą wtedy tak zwane rulony, zupełnie podobne do rulonów monet. Są one nieruchome, a tylko niektóre, skutkiem ruchu cieczy w preparacie, okazują mniejszą lub większą ruchliwość. Dalej spotykamy ciałka niezabarwione, matowe, często ziarniste, zwyczajnie większe, aniżeli ciałka czerwone krwi, jakby do preparatu przylepione; są to ciałka krwi białe, t. zw. leukocyty. Obok tych dwu głównych składników krwi, widzi tu i owdzie w mniejszych lub większych gromadkach posklejane małe bezbarwne kanciaste lub elipsoidalne twory, tak zwane ciałka lub płytki Bizzozera.

W końcu, w preparatach krwi świeżej prawidłowej widać po upływie pewnego czasu pomiędzy ciałkami ciągnace się przeźroczyste, dosyć silnie światło łamiące nitki włóknika, zwyczajnie od płytek Bizzozera lub ciałek białych się rozpoczynające; świadczą one o stopniu krzepliwości krwi. Szczególnie w włóknikowem zapaleniu płuc, a mianowicie w zapaleniu wywołanem przez diplokoki, siatka włóknika we krwi świeżej ma znaczenie rozpoznawcze; jest ona bowiem nadzwyczaj obfita i wytwarza się nadzwyczaj szybko, tuż pod naszem okiem. W durze brzusznym włóknika jest bardzo mało, pokazuje się dopiero po dłuższym czasie; obecność więc większej ilości włóknika przemawia w danym przypadku za zapaleniem płuc, a przeciwko durowi. Nadto znaczną ilość włóknika spotykamy w róży, płonicy i ospie, gdy natomiast białaczka, zatrucia fosforem cechują się skąpą ilością włóknika.

Obok tych właściwych składników krwi, spotykamy nadto jeszcze pewne pasorzyty. W pierwszym rzędzie swoiste pasorzyty zimnicy (plasmodium malariae) łatwo bardzo dające się odnaleźć w preparatach krwi świeżej. Pasorzyty te rozwijają się w ciałkach czerwonych krwi i w tych też najczęściej je spotykamy. Obok pasorzytów znajdujących się w ciałkach czerwonych krwi, możemy widzieć w przypadkach szczególnie zimnicy atypowej pasorzyty, które wolno w osoczu krwi pływają; łatwo też pomieszane być mogą z innymi składnikami krwi. Stąd też wynika, że należy zawsze zrobić preparaty barwione dla kontroli. Odpowiednio do postaci zimnicy, z którą mamy do czynienia, w ciałkach czerwonych, które zazwyczaj bardzo mało lub też śladu hemoglobiny nie okazują, a więc w ciałkach, w których zabarwienie żółtawo-zielone bardzo słabo występuje, lub gdy pasorzyt zajmuje całe ciałko, zaledwie tylko obrysy ostatniego są widoczne, widać twory bezbarwne, wypełnione odpowiednio do swego rozwoju strątami rozmaicie rozłożonego barwika. Strąty barwikowe, stósownie do postaci zimnicy, są rozmaicie zabarwione, mniej lub więcej brunatne aż do czarnych, okazują w pewnych okresach nadzwyczaj silne ruchy, które nawet niewprawnemu wpadają zaraz w oko.

Chcąc otrzymać preparaty barwione, należy je ustalić w wyskoku i eterze. Preparaty ustalone w ciepłocie 120° nie są odpowiednie ku temu celowi, pasorzyty bowiem będą pokurczone i tylko z wielkim trudem i przy odpowiedniej wprawie odnaleźć się dają. Preparaty ustalone barwimy następnie najlepiej barwikiem Plehna (patrz niżej), osuszamy i oglądamy pod drobnowidem. W ciałkach czerwonych, które zabarwione są na czerwono (eozyna), spotykamy twory barwy słabo niebieskiej, kształtu rozmaitego, zawierające w swym środku strąty barwikowe. Bardzo często udaje się zabarwić pasorzyty wprost we krwi świeżej. Przytem postępujemy w ten sposób, że na opuszkę palca dajemy kroplę barwika Plehna i przez kroplę nakłówamy. W otrzymanej kropli krwi i barwika spotykamy pasorzyty zimnicy zabarwione na niebiesko, okazujące nieraz bardzo szybkie ruchy strątów barwikowych. Zważywszy, że zimnica pomięszana być może z innemi schorzeniami, które z trudnością wykluczyć się dadzą, widzimy, że badanie krwi w tych razach stanowi jedyny najpewniejszy objaw.

Drugim pasorzytem, dającym się we krwi wykazać, a którego wykazanie dla praktycznego lekarza jest również wielkiej wagi, są krętki (spirylle) Obermeyera. We krwi każdego chorego na dur powrotny znajdujemy je podczas napadu; cechują się one właściwymi ruchami, które długi czas nawet w preparatach mikroskopowych zachowują. Ilość ich bywa rozmaitą i dla kontroli należy zawsze kilka preparatów zrobić. Podczas przestanków choroby krętków wykazać nie można, po przełomie wkrótce giną. Barwią się krętki rozmaitymi barwikami, najlepiej jednak fuchsyną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziegler: **Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie.** *II. Band. Jena 1898, Gustaw Fischer.*

Podręcznik Zieglera niemałem widać cieszy się uznaniem, skoro wydania jego szybko następują po sobie, a wydana obecnie część szczegółowa dzieła jest już z rzędu dziewiątem. I przyznać trzeba, że uznanie to jest rzetelnie zasłużone, bo mało który podręcznik anatomii patologicznej łączy w sobie równie zwięzły, a mimo to wyczerpujący sposób przedstawienia rzeczy z niewielkimi stosunkowo rozmiarami całości; mało też który rozporządza taką ilością doskonałych rysunków, których liczba w nowem wydaniu dzieła Zieglera podniosła się o całą prawie setkę w samej tylko części szczegółowej. Już samo to pomnożenie rysunków wraz z uzupełnieniem pracowicie zebranego, a wygodnie ułożonego piśmiennictwa świadczy, że autor stara się w każdem nowem wydaniu dotrzymać kroku postępom najnowszych badań; świadczy o tem jeszcze więcej oczywiście treść dzieła, które, choć w głównych zarysach i w układzie nie wielkim uległo zmianom, jednakże w każdym rozdziale wzbogaciło się uwzględnieniem nowych zdobyczy wiedzy.

Największym zmianom uległy w IX. wydaniu dzieła Zieglera rozdziały o sercu, stawach i skórze, w których nawet układ jest obecnie inny. I tak np. po opisie zmian rozwojowych serca, które są w nowem wydaniu znacznie szerzej opracowane i uzupełnione (bardzo pożądanemi) dokładniejszemi danemi embryologicznemi, umieścił Ziegler ustęp

o nabytych zmianach wielkości serca, na miejscu opisu zmian mięśnia sercowego, który teraz na końcu rozdziału właściwsze znalazł miejsce[1]). Zupełnie przerobiony jest opis zmian w krążeniu w ścianie serca i zmian śródsierdzia, który teraz stanowi dwa odrębne ustępy itd. Wobec przewlekłych zmian proliferacyjnych na zastawkach nie zmienił zresztą Ziegler swego stanowiska, oddzielając je i nadal od spraw zapalnych w ścisłem słowa znaczeniu i nazywając je nawet tylko „endocarditische Excrescenz“, zgodnie z poglądami, jakie w sprawie zapaleń wogóle w ogólnej części IX. wywydania swego dzieła bez ważniejszych zmian wygłasza. — Zmienił się też w nowem wydaniu nieco układ rozdziału ósmego, dotyczący anatomii patologicznej skóry, a w treści tej części dzieła znać wybitny wpływ nowszych badań bakteryologicznych i histologicznych. Wyliczanie choćby ważniejszych tylko zmian w nowem wydaniu zaduzo zajęłoby miejsca; wystarczy nadmienić, że także rozdziały o naczyniach, otrzewnej, wątrobie i płucach zostały uzupełnione, a w znacznej części zupełnie przerobione. W innych rozdziałach mniej zmian, lecz w każdym prawie tu i owdzie dodano szczegół nowy. To też zapewne dzieło Zieglera pozostanie nietylko jednym z ulubieńszych podręczników do nauki, lecz stanowi także nader wygodną pomoc dla każdego niespecyalisty, chcącego rozpatrzeć się w dzisiejszym stanie anatomii patologicznej tego lub owego działu.

Doc. Dr. Ciechanowski.

Jeszcze o sprawie niezawodnego działania chininy w zimnicy.

Dr. Lewkowicz w swej odpowiedzi, zamieszczonej w Nrze 39 „Przeglądu lekarskiego“ nie dostarczył nowych dowodów dla poparcia swych twierdzeń; również nie obalił poglądów bronionych przezemnie. Domniemany zarzut rozpoznawania zimnicy na podstawie znajdowania wyłącznie tylko zarodników pasorzytniczych we krwi, nie dotyczy moich przypadków, gdyż jeszcze w jesieni 1894 roku, wspólnie z innymi lekarzami szpitala św. Łazarza, w których gronie wówczas pracowałem, napotykaliśmy twory tego rodzaju we krwi chorych na grypę (influenzę), zapalenie opłucnej, ropnicę, nieżyt oskrzelowy rozlany, dur brzuszny[2]) i gruźlicę płuc. Od owego czasu zaprzestaliśmy uważać twory te za cechujące dla zimnicy, na $1^1/_2$ r. przed wyjaśnieniem przyrody tych kulek w gruntownej i wyczerpującej pracy kol. Wernickiego. W przypadkach więc, użytych za podstawę wnioskowania w poprzednim moim artykule, stwierdziłem obecność pasorzytów dojrzalszych, te zaś mają tak wybitne znamiona, że pomyłka jest niemożliwą. Chyba początkujący mógłby je pomięszać z pewnemi postaciami poikilocytów ruchomych; różnią się jednak od nich już w preparatach świeżej krwi odcieniem barwy, a przedewszystkiem zawartością ziarn barwikowych.

Również i drugi zarzut kolegi L., jakobym przeoczał inną chorobę, towarzyszącą zimnicy, jest więcej uszczypliwym, aniżeli stosującym się do omawianego przedmiotu, albowiem to przypuszczenie nie przyczyni się wcale do wytłómaczenia faktu, dlaczego czasem pasorzyty zimnicze, pomimo podawania chininy, we krwi pozostają, albo też, zniknąwszy na jakiś czas, pojawiają się ponownie.

Wreszcie muszę zapewnić kol. Lewkowicza, że uniknąłem błędu przypisywania zasług chininy błękitowi metylenowemu, gdyż spostrzeżenia moje, dotyczące działania chininy na postacie zimnicy z półksiężycami Laverana, miały miejsce, pomiędzy innymi, w 4 przypadkach, gdzie bądź to błękitu metylenowego wcale nie podawałem, bądź to dopiero za następnym nawrotem choroby. W ich rzędzie chora z oddziału I B. szpitala św. Łazarza używała przez 2 tygodnie 2—3 razy dziennie po 0,50 siarkanu chininowego, a jednak mimo to wystąpił napad zimniczy z dreszczem, gorączką 40° C. i ponownie stwierdzonymi półksiężycami.

Aby udowodnić bezwzględną skuteczność działania chininy w zimnicy, należałoby przytoczyć (gdyby to wogóle było możliwem) historye chorób kilkuset przypadków różnego wieku, spostrzeganych w różnych warunkach otoczenia i to przez czas dłuższy (do pół roku) i z takiego materyału wyciągać wnioski.

Praca Marchouxa, o której kol. L. nadmienia, wcale nie odpowiada przytoczonym warunkom; a jak autor ten w swojem wnioskowaniu rozmija się z prawidłami Arystotelesa, widać stąd, że sam przytacza trzy przypadki śmierci wskutek zimnicy, stwierdzonej badaniem krwi i sekcya, a wszystkie były leczone chininą; jeden z chorych w przeciągu 3 dni wyżył 2,75 grm. bromku chininowego, w postaci wstrzykiwań podskórnych. Wartość zaś innych jego spostrzeżeń obniża się przez to, że chorzy pozostawali w szpitalu przeciętnie po 2 tygodnie, niema więc pewnych podstaw, aby utrzymywać, że wyleczenie było doszczętne; sprzeciwiałoby się to bowiem trafnej obserwacyi Dra Lewkowicza, mianowicie, że występuje „często widocznie bez powtórnego zakażenia nawrót choroby (t. j. zimnicy) i to dopiero po kilku tygodniach“.

Tak samo nie jest przekonywającym zbiór przypadków Dra L., gdyż tylko niektórzy jego chorzy „pozostawali na klinice po parę miesięcy“. Gdyby Dr. L. mógł dowiedzieć się o dalszym przebiegu pozaklinicznym wszystkich leczonych przypadków, nie wątpię, że rychłoby napotkał wyjątki od już poznanego prawidła.

Do tych wyjątków należy, mojem zdaniem, także i przypadek J. D., ogłoszony w Nrze 29 „Przeglądu lekarskiego“ b. r. (str. 356); rozumiem go bowiem tak, że chinina w nim nie oddziałała wcale na żywotność pasorzytów, a w dalszym przebiegu nastąpiło tak zwane wyleczenie dobrowolne pod wpływem korzystnych higienicznych warunków kliniki. Skoro bowiem Dr. L. w historyi rozwoju pasorzytów słusznie odrzuca hipotezę o bezpłodności półksiężyców, niema podstawy w innych przypadkach czynić takowej niejakie ustępstwa.

Gdy przeto zważymy, jak często w terapii posługiwanie się wyłącznie tylko własnym materyałem bywa źródłem twierdzeń, niezgodnych z rzeczywistością, o ileż łatwiej można przypuścić, że Dr. L., odmawiając bezpodstawnie ścisłości naukowej spostrzeżeniom, niezgodnym z jego teoryami, i to nietylko moim, ale wszystkich najpoważniejszych badaczów, sam pozostaje w błędzie.

W Moszczanach, d. 15 października 1898 r.

Dr. Zenon Grossek.

Na list kol. Grosseka dał kol. Lewkowicz następującą odpowiedź:

Nie chciałbym przedłużać niepotrzebnie dyskusyi, lecz niektórych uwag kol. Grosseka nie mogę pozostawić bez odpowiedzi.

Pomyłki są możebne nietylko między zarodnikami pasorzytów zimniczych, a ziarniną ciałek białych. Owszem często miałem sposobność stwierdzić na naszej klinice, przy spo-

[1]) W piśmiennictwie, dołączonem do tego ustępu, i w nowem wydaniu, brak wzmianki o pracach Przewoskiego, dotyczących fragmentacyi mięśnia sercowego; brak również pierwszej w tym przedmiocie pracy Browicza, chociaż wymieniono późniejszą. Stąd i w tekscie Renaut błędnie przytoczony, gdyż badania jego są od badań Browicza późniejsze.

[2]) Jako zdarzenie pouczające, ze względu na różniczkowe rozpoznanie między durem brzusznym a zimnicą, przytoczę fakt, że w jesieni r. z. znajdowała się w szpitalu Moszczańskim chora z Koszenicy z śledzioną powiększoną, codziennymi około południa dreszczami, popołudniową przeszło 40-stopniową gorączką, u której, na podstawie wywiadów, poprzedniego jednorazowego badania, analogii do kilku w całym przebiegu spostrzeganych przypadków tej samej epidemii i braku pasorzytów zimniczych we krwi rozpoznałem dur brzuszny w III cim tygodniu choroby. Na sąsiedniem łóżku leżała chora z Wysocka, również z śledzioną powiększoną, okazująca gorączkę ciągłą i stan durowy, gdzie liczne pasorzyty amebowate we krwi spowodowały mnie do rozpoznania zimnicy. Dalszy przebieg rozpoznania te potwierdził.

sobności badań podejmowanych przez innych kolegów, jak łatwo jest pomieniać twory krwi niezimniczej, mianowicie ciałka krwi czerwone z wodniczkami, a nawet pewne postacie ciałek morwowych z ciałkami, zawierającemi pasorzyty zimnicze.

Ale nawet gdyby rozpoznanie w przytaczanych przez kol. Grosseka przypadkach nie ulegało najmniejszej wątpliwości, to jeszcze należałoby być ostrożnym w wyciąganiu z nich wniosków co do skuteczności chininy. Czyż w przypadku, spostrzegalnym przez kol. Grosseka w szpitalu św. Łazarza można być pewnym, jak długo chora chininę zażywała i czy ją wogóle zażywała. Przecież nie tak rzadko zdarza się w szpitalach, że chory odrzuca potajemnie lek przeznaczony dla niego, zwłaszcza gdy mu on sprawia jakieś dolegliwości, a przypady, przeciw którym został podany, przycichną. Obok tego możnaby mieć jeszcze wątpliwości co do tego, czy przetwór podany nie był zafałszowany przetworami o mniejszej wartości leczniczej, np. chinoliną i czy został wessany.

Dr. Grossek zwraca uwagę, że i w moich przypadkach następowały, po zastósowaniu chininy, nawroty. Otóż jasnem jest, że wyleczenie można tylko osiągnąć, gdy zastosuje się chininę w odpowiednich dawkach, odpowiednią ilość dawek, a dawki w odpowiednich odstępach. Niesłusznie zatem kol. Grossek wyzyskuje te przypadki na poparcie swego zapatrywania, gdyż wyraźnie zaznaczyłem w poprzedniej odpowiedzi, że chininę zastósowałem w nich jedynie w celach doświadczalnych, wcale nie z zamiarem osiągnięcia ostatecznego wyleczenia. Główny zarzut, przytoczony przeciw spostrzeżeniom Marchouxa, jest także niesłuszny. We wszystkich trzech przypadkach, w których Marchoux stwierdził śmierć, a która wśród objawów śpiączki wystąpiła wskutek zimnicy, energiczne leczenie chininą trwało krótko, bo tylko $^{1}/_{4}$—2 dni; chinina nie miała zatem czasu do rozwinięcia w całej pełni swego wpływu. Zresztą chinina nie zabija pasorzytów starszych, lecz uniemożliwia wytwarzanie zdrowych zarodników i powstanie młodego pokolenia tak, że dojrzałe pasorzyty rozpadają się jako bezpłodne. Pasorzyty nie znikają zatem z ustroju natychmiast po zastósowaniu chininy i mimo podania tego środka objawy mózgowe w przypadkach śpiączki na tle zimnicy mogą trwać dalej, a to tem łatwiej, że nie są one jedynie wynikiem zaczopowania naczyń mózgowych ciałkami zakażonemi, ale w znacznej części objawem drobnych wynaczynień wśród istoty mózgowej, których chinina przecież nie jest w stanie usunąć. Przypuszczenie w moim przypadku samowyleczenia jest zupełnie nieuzasadnione. Na naszej klinice spostrzegano przypadki zimnicy bez podania chininy całymi miesiącami, a w żadnym nie nastąpiło samowyleczenie. Chociaż w możliwość samowyleczenia nie wątpię, to przecież nie jest ono widocznie rzeczą codzienną, i pojawia się chyba dopiero po dłuższem trwaniu choroby. Zresztą, wobec stwierdzonej skuteczności chininy, przyjmować samowyleczenie można tylko wtedy, gdy chinina bezpośrednio przedtem nie była podawana*).

Kraków, dnia 23 X. 1898 r. *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

V. Wyciągi.

Czaplewski: **O odkażaniu mieszkań zapomocą formaldehydu.** *(Münch. med. Wchs. 1898, 41).* Porównując wartość rozmaitych sposobów odkażania mieszkań zapomocą formaldehydu obliczył C. przedewszystkiem, wiele gramów formaldehydu zużywa każdy z przyrządów na metr sześcienny powietrza, aby osiągnąć zupełne zniszczenie drobnoustrojów. Wyniki tych obliczeń są następujące: przy użyciu sposobu Trillata (formochlorol) — 2 do 3·2 gramów czystego formaldehydu; przy użyciu sposobu Rosenberga (holzin) 1·75 do 3·5 grm.; Scheringa (paraformaldehyd) 2 do 3 grm.; Schlossman-Lingnera (glykoformol) 9 do 10 grm.; wynika więc z tego, że ten ostatni, w ostatnich czasach silnie reklamowany sposób, zużywa znacznie więcej formaldehydu, niż inne i przez to samo także znacznie jest kosztowniejszy. Przyrządy podane dotychczas, działają bądź zapomocą suchych, bądź zapomocą wilgotnych par formaldehydu. Do pierwszych należą lampy Tollensa, Krella i Barthela, wytwarzające formaldehyd przez spalanie wyskoku metylowego, oraz przyrządy Aronsohn-Scheringa i Krella, wytwarzające formaldehyd przez powolne ogrzewanie paraformaldehydu, t. j. formaldehydu spolymeryzowanego. Wilgotne pary formaldehydu wytwarzano: przez wolne parowanie formaliny, bądź w ciepłocie zwykłej, bądź przy 50 do 60° i przez szybkie parowanie; te sposoby są nieodpowiednie, gdyż formaldehyd łatwo się przytem polymeryzuje i traci działanie. Należą tu dalej sposoby, zapomocą których usiłowano przeszkodzić polymeryzacyi, a mianowicie Trillata (dodawano chlorek wapna), Rosenberga (holzin: dodawano mentolu) i Schlossman-Lingnera (glykoformol: gliceryna i woda). Z tych trzech sposobów dwa pierwsze zużywają po 5 ctm. sześć. wody na metr sześcienny odkażanej przestrzeni, ostatni 43·75 ctm.³ wody na metr sześcienny odkażanej przestrzeni. Ten znaczny dodatek wody w sposobie Schlossmana wydał się Cz. szczególnie korzystny, ponieważ, zdaniem Cz., wszelkie drobnoustroje i ich zarodniki zabija formaldehyd łatwiej w stanie wilgotnym, niż suchym. Aby uniknąć kosztownego przyrządu Lingner-Schlossmana, zbudował Cz. rodzaj parowego rozpylacza, którego zadaniem jest rozpylić jak najwięcej formaliny w jak najkrótszym czasie i z jaknajwiększą oszczędnością materyału opałowego. Przyrządy te, wyrabiane obecnie fabrycznie przez Lautenschlägera w Berlinie, a dające się wyrabiać tanio, zużywają 8 grm. formaldehydu i 30 ctm.³, wody na metr sześcienny przestrzeni, napełniają zaś parami formaliny odkażaną przestrzeń równie dokładnie, jak inne przyrządy, (to znaczy z wyjątkiem załomów); formaldehyd nie ulega przytem polymeryzacyi, a wnika tem głębiej w odkażane przedmioty, im dłużej działa i im silniejszego użyto roztworu.

Posługując się nadesłanym mu przyrządem Schlossmana-Lingnera według zachwalanego przez fabrykanta przepisu, stwierdził Cz., że działanie tego sposobu po 3 godzinach jest zgoła niewystarczające; po 24 godzinach wyniki są lepsze, jednakże prątek wąglikowy, umieszczony na podłodze, (gdzie odkażanie formaliną jest zawsze gorsze, niż pod sufitem) zachowywał jeszcze, acz słabszą, żywotność. Cz. sądzi, że sposób Schlossman-Lingnera nie ma przyszłości. Gliceryna przeszkadza wprawdzie polymeryzacyi, lecz powleka przedmioty lepką warstwą, trudno się ulatniającą; stąd też i zapach formaldehydu po odkażeniu dłużej się utrzymuje i samoistna polymeryzacya, znosząca szkodliwość jego dla zdrowia, wolniej następuje. Oprócz tego jest przyrząd Schl.-L. niezwykle drogi, a budowa jego z jednej strony ułatwia psucie się, a nawet wybuchy (z powodu zbyt szybkiego wyparowania cieczy), z drugiej bardzo utrudnia naprawy.

Z doświadczeń swoich wysnuwa Cz. w końcu następujące wytyczne dla dalszych prób z odkażaniem pomieszkań: 1) Odkażanie parami formaliny jest zawsze dzielniejsze w górnych częściach pokojów, niż przy podłodze (z powodu lekkości par formaliny), 2) Formalina odkaża nietylko na powierzchni, lecz wnika też w głąb przedmiotów; na to jednak trzeba czasu; 3) Aby osiągnąć pewny wynik, należy posługiwać się formaliną dostatecznie silną z dostatecznie obfitą domieszką pary wodnej tak, aby ona mogła wysycić zupełnie powietrze odkażanej przestrzeni; należy starać się dalej, aby pary formaliny wszędzie dostać się i skroplić mogły. Ponieważ powierzchnia ścian, mająca się odkazić, maleje w stosunku do wzrostu przestrzeni, przeto na większą przestrzeń potrzeba mniejszej stosunkowo ilości formaliny, co z góry można i należy obliczyć. Dalej należy zapobiedz stratom materyału odkażającego, które zależą a) od uchodzenia gazu (stąd zaleca się zatykanie szpar, zalepianie okien itd). b) od polymeryzacyi i tzw. kondensacyi (np. powstawania metylalu w obecności wyskoku metylowego, heksametyltetra-

*) Redakcya uważa polemikę za wyczerpaną.

miny wobec amoniaku itd).; c) od porowatości odkażanych ciał i powstawania związków chemicznych (przemoczenie przedmiotów przeszkadza wnikaniu formaldehydu; związki z żelatyną, skrobią, białkiem, amoniakiem itd.) — Tym stratom najlepiej zapobiedz przez to, aby jak najszybciej i jak najsilniej daną przestrzeń formaldehydem wysysać i przeszkodzić jego pochłanianiu i uchodzeniu. Dodatki mentolu, gliceryny itd. do formaliny są zbyteczne, a może nawet, jak gliceryna, niekorzystne. Siła odkażająca formaldehydu wzrasta, według jednozgodnego zdania badaczy, przez ogrzanie. Praktycznie ważną rzeczą są koszta odkażania. Otóż największe one są w sposobie Scheringa (3 marki za 100 grm. formaldehydu), poczem następują sposoby: Rosenberga, Krella Schlossmana, Trillata; najtańszym jest zwykły rozpylacz parowy, zbudowany przez Cz. (62—64 fenigi za 100 grm formaldehydu; jednakże sposób ten zużywa na metr przestrzeni tyle prawie formaldehydu, co sposób Schlossmana, a 2—3 razy więcej, niż inne sposoby; różnica ceny nie będzie więc tak znaczną, jak Cz. podaje. Ref.); na razie zresztą istnieje, zdaniem Cz., wyzysk ze strony fabryk formaldehydu, gdyż możnaby go wyrabiać o połowę taniej. Do zupełnego odwietrzania powinnoby wystarczyć 6 godzin. Wielką trudność stanowi usunięcie zapachu formaliny po odkażeniu; bez względu na sposób odkażania woń ta trwa zawsze długo i jest tem gorszą, im silniejszych użyto rozczynów (a takieby się właśnie najwięcej zalecały); użycie amoniaku niewiele pomaga.

„W każdym razie“ — kończy Cz. — „zagadnienie odwietrzania mieszkań nie jest wcale rozwiązane, jak to utrzymuje okólnik fabryki Lingnera, lecz dopiero zaledwie poruszone“. *Ciechanowski.*

D. Walsh: **Podrażnienie wydzielnicze skóry i innych narządów.** *(Posiedzenie towarz. lekarsk. lond., lipiec 1898).* Znanem jest, że pewne istoty, krążące we krwi, a wydzielające się przez skórę, mogą wywołać w niej zapalenie, (dermatitis); podobnie także mogą działać te istoty na błony surowicze. Dlatego środki takie, wywołujące zapalenie, należy stosować nader ostrożnie. Za teoryą wydzielania się pewnych istot trujących przez skórę, przemawia własność trująca prawidłowego potu i znalezienie tuberkuliny w pocie suchotników. Wysypki i rumienie powstają w tych przypadkach wskutek działania istot trujących na skórę; to też tu należą także podrażnienia skóry na tle chorób przewodu pokarmowego. W końcu cały szereg autorów wykazał możność wydzielania się żywych drobnoustrojów przez skórę; dlatego też stanowczo stwierdzić można istnienie pewnych zapaleń skóry, powstałych przez drażnienie wydzielnicze: przez drobnoustroje lub przez istoty przez nie wydzielane, przez leki, wreszcie przez pierwiastki chemiczne, krążące we krwi u chorych na dnę. *F. K.*

Dr. H. Maas: **Przepuklina jajnikowa z okręceniem się szypuły u dziecka.** *(Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 34, 1898). Wywiady wykazały, że u 10-miesięcznej dziewczynki istniała po prawej stronie wrodzona przepuklina pachwinowa. Nagle przed dwoma dniami u zdrowego dziecka wystąpiły wymioty, a równocześnie guz, zajmujący prawą wargę sromu, powiększył się i stał się bolesnym. Badanie wykazało: stan ogólny dobry, przewód pokarmowy drożny (stolec świeży po lewatywie), a w powiększonej i bolesnej wardze sromowej prawej ciało ruchome, robiące wrażenie gruczołu chłonnego, tkliwe, nie dające się do jamy brzusznej odprowadzić. Wypuk nad guzem stłumiony. Wobec tych objawów rozpoznano uwięzgniętą przepuklinę jajnikową. Operacya potwierdziła to rozpoznanie z tym dodatkiem, że treścią przepukliny był nietylko sam jajnik, ale i więzadło szerokie, przyjajnik *(parovarium)* i trąbka. Części te wycięto wraz z workiem przepuklinowym. Przebieg pooperacyjny był pomyślny. Ułożenie części tych w przepuklinie było następujące: u dołu jajnik, u góry trąbka z ujściem odwróconem od jajnika. Szypuła była kilkakrotnie okręconą około osi. Niestosunku między przewodem pachwinowym a szypułą nie było; poruszała się ona swobodnie w przewodzie i przepuszczała obok siebie grubą sondę. *Herman.*

Müller: **Wytrzymałość surowicy przeciwbłoniczej na różne wpływy fizyczne i chemiczne.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898 tom. 24. Z. 6/7 i 8). Stwierdzono, że surowica przeciwbłonicza tylko przez pewien czas nie zmienia swoich własności, poczem zazwyczaj siłę swą do pewnego stopnia traci. M. starał się zapomocą odpowiednich doświadczeń zbadać, od czego zależy ta zmiana własności surowicy, a tem samem utorować drogę dla wynalezienia sposobów najlepszego jej przechowywania. Pod wpływem niebieskich promieni światła utrzymuje się surowica przez 2 miesiące dość dobrze; po 5 jednak miesiącach działania tych promieni traci prawie zupełnie swe zbawienne własności. Światło zielone po 3 miesiącach miernie a po 6 bardzo znacznie osłabia siłę surowicy; żółte światło nawet po 6 miesiącach działania niewiele wpływa na własności surowicy, również i światło czerwone jej nie szkodzi. Światło dzienne zwyczajne osłabia już po 4 miesiącach siłę surowicy, jednakże w każdym razie jest surowica na jego działanie dość wytrzymałą. Z kolorów widma jest zatem światło czerwone i żółte dla zachowania własności surowicy znacznie przyjaźniejsze, niż niebieskie i zielone. W przebiegu doświadczeń ze światłem przekonał się M. , że barwa surowicy nie stoi w żadnym związku z jej skutecznością. Badając wpływ ciepłoty, stwierdził M., że gorąco znacznie więcej szkodzi własnościom surowic, niż światło, wobec czego wskazanem jest przechowywanie surowicy w miejscu chłodnem. Dalej wykazuje M., że surowica przechowuje się gorzej w atmosferze tlenu, a nie wiele lepiej w azocie i kwasie węglowym, niż w powietrzu; wobec tego przechowywanie surowicy w atmosferze tych rozmaitych gazów, zamiast w powietrzu, nie zapewnia żadnych korzyści; w tlenie staje się surowica już po 3 miesiącach nieskuteczną. Najlepszym pod tym względem jest sposób, używany w zakładzie bakteryologicznym w Bernie, a zapewniający surowicy skuteczność przez rok przynajmniej; surowicę zamyka się tam w rurkach, wypełniając je prawie zupełnie, a pozostawiając tylko jaknajmniejszą bańkę powietrza.

Doc. Ciechanowski.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniach 14 i 19 Października 1898 r.
Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. — Obecnych członków 33.

Na porządku dziennym rozprawy na temat »jakich reform w ustroju naszych szkół średnich winien domagać się delegat Towarzystwa lekarzy galic. na ankiecie w sprawie tych szkół przez Wydział krajowy na dzień 27 Października zwołanej«.

Po wyczerpująco opracowanym referacie radcy Merunowicza, przedstawiającym smutne braki dzisiejszego wychowania fizycznego i odpowiednie środki zaradcze, przyszło do ożywionej dyskusyi, w której większość mówców oświadczyła się za koniecznością zaznaczenia zapatrywań stanu lekarskiego w sprawie ogólnych reform szkół średnich, a nie ograniczania się tylko do wskazówek, poprawę fizycznych ćwiczeń mających na oku. Po przemówieniach koll.: Stroynowskiego, Kadyja, Piseka. Szulisławskiego, Szpilmana, Gluzińskiego, Mahla, Uhmy, Ballabana, Kohlbergera i Obtułowicza, wybrało Towarzystwo delegatem do ankiety Wydziału krajowego kol. Stroynowskiego, polecając mu uwzględnienie podniesionych w rozprawie wniosków następujących:

a) wniosku rektora Kadyja (wprowadzenie obowiązkowych zabaw na wolnem powietrzu, zaprowadzenie instytucyi lekarzy szkolnych, zmiany w celu wyrobienia dokładniejszego zmysłu spostrzegawczego u młodzieży, pozostawienie nauk klasycznych przy zmniejszeniu ilości godzin na nie przeznaczonych, oraz zaniechanie sposobu nauczania gramatycznego, wprowadzenia nauki praktycznej języka francuskiego i rysunków, zniesienie dwustopniowości, t. j. podziału na niższe i wyższe gimnazyum, zaprowadzenie jednej wspólnej szkoły średniej).

b) wniosku rektora Szpilmana (wprowadzenie nauk społe-

cznych w granicach encyklopedyjnych, oraz zwrócenie większej uwagi na znajomość nauk przyrodniczych, higieny, pomocy w nagłych wypadkach i t. p.).

c) wniosku kol. Stroynowskiego (prawie identyczny z wnioskiem kol. Kadyja, a różniący się zasadniczo tendencyą zniesienia nauki języka greckiego, na co się większość Sekcyi w głosowaniu nie zgodziła).

d) wniosku kol. Szulisławskiego, zdążającego do wprowadzenia nadzoru lekarzy okulistów, a ilustrowanego przeraźliwą sumą cierpień ocznych u młodzieży szkolnej.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Netter i Beauvalon (z Paryża) zdawali sprawę o leczeniu suchotników w uzdrowiskach (sanatoryach). Gruźlica zabiera rocznie we Francyi 15000 ofiar; „Assistance publique“ opiekuje się i wspomaga w Paryżu 6000 suchotników. W rzeczywistości liczba ta jest większą, gdyż wielu lekarzy ze względów ludzkości zataja przed chorymi właściwe rozpoznanie, nie wypisując go na kartach wyjścia ze szpitala. Stąd też np. w zakładzie dla ozdrowieńców w Vincennes stwierdzili mowcy gruźlicę u $^1/_5$ przyjętych z innem rozpoznaniem. Wobec groźnego rozszerzenia się gruźlicy, należy jej wszelkiemi silami zapobiegać przez odosobnienie chorych, gdyż środki zapobiegawcze, stosowane po domach, nie wystarczą wcale, już choćby dlatego, że, jak wykazał Flügge, suchotnicy wydzielają przy kaszlu wprost w powietrze rozpyloną ciecz, zawierającą żywe prątki; ten pył kroplisty jest nawet lżejszy od pyłu suchego i łatwo się unosi w powietrzu, a przytem wykazano doświadczalnie, że zwierzęta łatwiej zakażają się drogami oddechowemi przy rozpylaniu w powietrzu płynnych hodowli prątków Kocha, niż za pomocą zakażonego suchego pyłu. Wobec tego odkażanie plwocin, zbieranych w spluwaczkach, w mniejszej tylko części usuwa niebezpieczeństwo, jakie przedstawia suchotnik; odkażanie sprzętów i pościeli w mieszkaniach prywatnych bardzo często nie da się dość dokładnie wykonać. Sama obecność suchotnika jest przeto dla zdrowych groźną i usuwając go z domu i umieszczając w zakładzie, wypełnia się zarazem drugie zadanie, mianowicie ułatwia poprawę stanu chorych, jeszcze wyleczalnych. Pierwsze zakłady, pobudowane dla chorych bogatych, wydały tak znakomite wyniki (25% wyleczeń), że w Niemczech i Szwajcaryi uważa się obecnie sprawę zakładów nietylko za sprawę ludzkości, ale wprost za korzyść społeczną, obliczając, że wartość pracy wyleczonych pokryje w ogólnym rachunku gospodarstwa społecznego koszta utrzymywania zakładów. Towarzystwa ubezpieczeń na życie wyliczyły, że przedłużenie życia wzgl. wyleczenie zabezpieczonych suchotników przyniesie im znaczne zyski i ofiarowały pieniężną pomoc dla zakładów, zastrzegając sobie jednak, że przyjmowani będą tylko chorzy łatwo uleczalni. Stąd też w niemieckich zakładach wzrosła liczba wyleczeń do 30 — 36%, polepszeń do 40 — 50%. Z obliczeń, wykonanych przez władze sanitarne niemieckie, wynika, że wartość pracy wyleczonych w ten sposób chorych wynosi co najmniej 13$^1/_2$ miliona marek za trzy lata, a potrąciwszy koszta utrzymania zakładów i amortyzacyi kapitałów zakładowych, pozostaje jako czysty zysk w gospodarstwie społecznem 7$^1/_2$ miliona marek (2$^1/_2$ miliona rocznie). Patrząc na rzecz z ogólniejszego stanowiska, nie należałoby ograniczać przyjmowania do zakładów tylko do lekko chorych; w ten sposób bowiem pozostają wśród społeczeństwa właśnie najniebezpieczniejsi chorzy. Natomiast należałoby chorych wyleczalnych umieszczać w odrębnych zakładach, dających jaknajlepsze warunki, zbudowanych ile możności w okolicach górskich; dla ciężej chorych utworzoną być powinna druga gromada zakładów, które, przeciwnie niż tamte, znajdowaćby się musiały blisko miast, aby chorych nie narażać na szkodę wskutek dalekiej podróży. Przytem należałoby pomyśleć o zapewnieniu bytu rodzinom chorych; na wagę tej sprawy zwracał uwagę Gebhard na zjeździe higienicznym w Stuttgardzie. Dla bardzo ciężko chorych, których nie można przewozić, powinny istnieć zamknięte oddziały w miejscowych szpitalach, na wzór działających już dziś oddziałów w Paryżu w szpitalach Lariboisière i Boucicaut. We Francyi utworzono, dzięki zabiegliwości prywatnej, zakłady w Ormesson, Villepinte, Cimiez, Hauteville. Według doświadczeń zagranicznych koszt łóżka w zakładzie nie powinienby przenosić 5000 fr.; stąd też 12 milionów franków, proponowanych przez „Assistance publique“ wystarczyłyby na utworzenie 2000 łóżek, ilość ta zaś wystarczyłaby na pomieszczenie wszystkich suchotników paryskich (miejscowych).

Le Gendre (z Paryża) zdawał sprawę o konieczności pomnożenia małych zakładów dla leczenia gruźlicy płuc. Ilość zakładów dla gruźliczych we Francyi jest bardzo niewystarczającą i wzrasta bardzo powoli. Chorzy niechętnie udają się do zakładów oddalonych i obawiają się zetknięcia z cięższej chorymi, a obawę tę podzielają nie bez słuszności lekarze, nie mając do wyboru zakładów, zastosowanych do ciężkości schorzenia. Te przeszkody wzrostu zakładów upaśćby musiały przez utworzenie niewielkich, a licznych i wszędzie rozsianych zakładów, przyjmujących wyłącznie to lekko, to ciężko chorych, a zbudowanych w odpowiednich miejscach, których we Francyi nigdzie nie brak. Budowa takich zakładów jest tańszą i łatwiejszą, niż tworzenie wielkich uzdrowisk. Dom z kilku pokojami, zwróconymi na południe, ze wspólną jadalnią i odpowiednio urządzoną werendą, oraz ogrodem, zbudowany w takiej okolicy, aby mógł być otwarty przez cały rok, wystarczałby zupełnie na ten cel. Lekarze albo poświęcaliby się wyłącznie zakładowi, który wówczas mógłby liczyć 10—20 miejsc, lub też opiekowaliby się nim tylko przygodnie, lecz wówczas mógłby on mieścić tylko 3 do 4 chorych. Lekarze żonaci i dzietni mogliby mieszkać po za zakładem; nie brak zresztą nieżonatych, którzyby nie byli krępowani obawą zakażenia rodziny, a jest też sporo takich, którzy, sami mając lekką gruźlicę, nadawaliby się szczególnie na kierowników zakładów. Takie zakłady łatwo mogłyby przyjmować chorych za darmo lub za niską cenę, jeżeliby gminy i ofiarność dobrowolna przyczyniały się do kosztów utrzymania. Wreszcie na wniosek L. G. *uchwalił zjazd wyrazić życzenie, aby stan lekarski i społeczeństwo starały się prywatnymi środkami tworzyć małe zakłady* (4—20 łóżek).

Schrötter (z Wiednia). Zakłady (sanatorya) i zapobieganie gruźlicy. Już w r. 1883, przedstawiał S. Towarzystwu lek. wied. wniosek o utworzenie odrębnych zakładów dla gruźliczych. W roku następnym wniesiono odpowiednie przedstawienie do władz, wskazując na ogromną śmiertelność z gruźlicy w Wiedniu (25% wszystkich zejść śmiertelnych, 7·4% mieszkańców). Dopiero jednak w r. 1890 znaleziono środki na urzeczywistnienie tej myśli i otwarto zakład w Alland pod Wiedniem. Zastosowano tam spluwaczki papierowe, napojone parafiną, aby nie przemakały; spluwaczki te pali się wraz z plwociną. Od roku 1893 istnieje w Wiedniu odrębna komisya, zajmująca się zagadnieniem zapobiegania gruźlicy. Odpowiednie przepisy ogłoszono plakatami w fabrykach, pracowniach it.d. Na wniosek S. *uchwalił zjazd utworzenie stałego wydziału międzynarodowego dla badania środków zapobiegania gruźlicy.*

Thomassen (z Utrechtu) starał się doświadczalnie określić niebezpieczeństwo spożywania mięsa zwierząt gruźliczych, które nawet wówczas, gdy gruźlica nie jest ogólną, zawierać może w głębi serowate gruczoły, lub uledz zakażeniu na powierzchni w czasie rozcinania w rzeźniach. Żywiąc znaczną liczbę prosiąt takiem mięsem, zdołał Th. wywołać gruźlicę u trzech tylko i to w ten sposób, że wśród mięsa znajdowały się odłamki kości. Rolę odgrywać tu mogły z jednej strony mechaniczne skaleczenia przewodu pokarmowego tymi odłamkami, z drugiej obecność szpiku kostnego, nader często i znacznie zajętego gruźlicą. Dla człowieka niebezpieczeństwo zakażenia mięsem zwierząt gruźliczych, jeśli gruźlica nie była ogólną, jest więc nader małe, zwłaszcza po ugotowaniu lub upieczeniu mięsa.

Sirot omawia tachykardię u suchotników; Durand i Mongour (z Bordeaux) odnoszą to zjawisko do wessania pewnych jadów, wytwarzanych przez prątki gruźlicze, przyspieszających tętno, które Arloing wydzielił, jako tuberkulinę A i D (obacz wyżej). Papillon (z Paryża) zauważa, że tachykardia w gruźlicy płuc zależy wprost od obniżenia parcia tętniczego i odnosi ją również do działania wessanych jadów, natomiast Arthaud (z Paryża) widzi w niej objaw wzmożonej pracy serca wskutek tego, że płuca stają się mniej przenikliwe dla powietrza.

Nocard i Dubousquet-Labordiere przytaczają spostrzeżenia zakażenia się zwierząt gruźlicą od ludzi.

Nocard w imieniu Blanca (z Lyonu) i własnem zdaje sprawę z przypadku samoistnej gruźlicy u osła, pierwszego, jaki wogóle dotychczas stwierdzono naukowo. Doświadczalnie udawało się wprawdzie wywołać ją u tego zwierzęcia, jednakże szybko następowało wyleczenie. Osobiście nie zdołał N. zakazić osłów gruźlicą. Ogniska gruźlicze, znalezione w płucach w przypadku obecnie stwierdzonym gruźlicy samoistnej, miały wejrzenie

raczej ognisk mięsakowych, niż guzów gruźliczych; dopiero staranne badanie zdołało wykryć obecność prątków Kocha; świnki morskie za szczepione cząstkami guzów padły na gruźlicę. Okazuje się więc, że osły nie są odporne przeciw gruźlicy; w każdym razie ulegają jej nadzwyczaj trudno; mimo to próby leczenia gruźlicy surowicą tych zwierząt, nawet po zastrzykiwaniu im tuberkuliny, pozostały bezowocnie.

Charrin (z Paryża) zdając sprawę ze zmian, spotykanych u potomków rodziców gruźliczych, zaznacza, że nie widział u noworodków ani jednego przypadku gruźlicy wrodzonej; pochodzi to prawdopodobnie stąd, że gruźlica łożyska jest o wiele rzadszą, niż kiła łożyska. Potomstwo gruźliczych przynosi jednak na świat wrodzoną słabość, to, co nazywamy usposobieniem do gruźlicy. Zastępując to słowo ściślejszemi danemi, stwierdza Ch., że dzieci gruźliczych często rodzą się przed kresem ciąży; donoszone, posiadają często niższą od prawidłowej wagę; wzrost ich jest powolniejszy i niejednostajny; oddają 4 do 6 kaloryi na godzinę, zamiast 7 do 9, jak dzieje się prawidłowo; wydychają 0·12 do 0·23 CO_2 na kilogram i godzinę, zamiast 0·28 do 0·44; podobnież ma się rzecz ze składnikami stałymi moczu; wszystko to świadczy o gorszej przemianie materyi. Anatomicznie można stwierdzić niekiedy lekkie zmiany nerek i wątroby, które są niewątpliwie skutkiem skazy wrodzonej.

Teissier (z Paryża) starał się doświadczalnie rozwiązać zagadnienie, na czem polega leczniczy wpływ laparotomii w gruźlicy otrzewnej, który odnoszono bądź do wpływów cieplnych lub świetlnych, bądź do usunięcia lub przeciwnie do wywołania wysięku, bądź do działania powietrza. W tym celu wprowadzał on królikom i morskim świnkom, zakaziwszy sztucznie gruźlicą ich otrzewnę, bądź wyjałowione powietrze, bądź tlen, bądź azot. Okazało się, że w ten sposób można zwolnić przebieg, a niekiedy zupełnie przerwać rozwój gruźlicy otrzewnej i że wśród czynników leczniczych, zależnych od laparotomii, wielkie znaczenie ma działanie powietrza. Być może, że powietrze działa tu poczęści przez to, że rozdziela od siebie powierzchnie surowicze, a poczęści przez jakiś swoisty wpływ na błonę surowiczą; zdaje się jednak, że obok tego zmienia ono wprost żywotność i jadowitość prątków gruźliczych. W istocie bowiem hodowle prątków Kocha rozwijają się w atmosferze tlenu wolniej, niż w powietrzu i tworzą wprawdzie grube warstwy, lecz nie szerzą się na powierzchni: w atmosferze azotu rosną prątki bardzo nędznie, w cienkiej warstwie i gorzej się barwią. Istnieje więc niewątpliwy wpływ obu składników powietrza na żywotność prątka Kocha, a może on tem łatwiej rozwinąć się w jamie otrzewnej, że, jak wykazał Drouin, zamknięte w niej powietrze bardzo szybko skład swój zmienia.

Meunier (z Paryża) zwracając uwagę, że u dzieci, które plwociny nie odkrztuszają, odpada najdzielniejszy środek wykrycia gruźlicy płuc, to jest badanie plwocin na prątki, zaleca rozpoznawać gruźlicę płucną u dzieci zapomocą badania na prątki treści żołądka, zawierającej połknięte plwociny, zamiast badać kał, lub śluz z przełyku, jak radzili Kaufman i Kossel. Wydobyć treść żołądka (na czczo) u dzieci jest bowiem wiele łatwiej. Sposób swój wypróbował M. z dobrym wynikiem w licznych przypadkach.

Bloch (z Vincennes) zaleca leczenie gruźlicy płuc zapomocą unieruchomienia klatki piersiowej po stronie chorej. Acard (z Paryża) zapomocą formaldehydu „in statu nascendi“, Conil (z Paryża) zapomocą surowicy psiej, wziewań formaldehydu i elektryczności statycznej.

zestawił *Docent Dr. Ciechanowski.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z obrad IV. Wiecu delegatów austryackich Izb lekarskich, odbytego dnia 10. października 1898. r. we Lwowie.

Na poufnem zebraniu, odbytem d. 9. października 1898 r. roztrząsnęli delegaci w ogólnych zarysach porządek dzienny Wiecu.

Wiec rozpoczął swe obrady dnia następnego t.j. 10 Października. O godzinie 9. rano po powitaniu ze strony P. Wiceprezydenta c. k. Namiestnictwa i Prezydenta miasta zagaił przewodniczący Izby wschodnio-galicyjskiej, jako Izby gospodarskiej, obrady Wiecu. Uprosiwszy reprezentanta c. k. rządu, by zechciał być tłómaczem głębokiego bólu ogółu lekarzy austryackich, po stracie ś. p. Cesarzowej, przyczem wszyscy obecni stojąco wysłuchali przemowy, stwierdził przewodniczący ustawą przepisany komplet Wiecu.

Obecni byli delegaci, przeważnie prezydenci wszystkich prawie Izb austryackich, mianowicie: Dr. Svetlin (Wiedeń), Dr. Adler (Niższa Austrya), Dr. Brenner (Berno mor.) Dr. Nessel (Praga, Izba czeska), Dr. Petrina (Praga), Izba niemiecka), Dr. Dvorzak (Szląsk), Dr. Fossel (Grac), Dr. Mayer (Innsbruck), Dr. Gregoric (Lublana), Dr. Gramaticopulo (Pola), Dr. Mitkiewicz (Czerniowce), Dr. Łazarski (Kraków). Przez cały czas obrad wiecowych obecnym był również protomedyk, radca c. k. Namiestnictwa, Dr. Merunowicz. Obowiązki Sekretarza Wiecu pełnił Dr. Pisek, członek wydziału Izby wschodnio-galicyjskiej. Te Izby, które nie wysłały swych delegatów na Wiec, poruczyły zastępstwo delegatom Izb sąsiednich.

Porządek dzienny obejmował 13 zgłoszonych spraw, wzgl. wniosków.

I. Sprawa adresu jubileuszowego. Jednogłośnie przyjęto wniosek przedstawiciela Izby wiedeńskiej (Dr. Svetlin): „Wiec uchwala adres wspólny w języku niemieckim, podpisany przez prezydya wszystkich Izb, które wręczą adres J. Cesarskiej MCI.“ Przeprowadzenie uchwały porusza się Izbie wiedeńskiej, wspólnie z Izbą gospodarczą.

II. Obszerna rozprawa rozwinęła się nad memoryałem do prezydenta ministrów. Memoryał, którego wypracowanie przeszłoroczny Wiec Izb powierzył Izbie morawskiej (Dr. Brenner), zawiera w znakomitem opracowaniu szczegółowy obraz obecnej niedoli lekarzy i wzywa rząd do usunięcia przyczyn upadku stanu lekarskiego. Dr. Adler sądzi, że memoryał treściwszy byłby skuteczniejszy. Polepszenie doli lekarzy uważa za obowiązek państwa. Dobrze wyposażony stan lekarski oddziaływa w pierwszym rzędzie na korzystniejsze ukształtowanie się stosunków zdrowotnych. Rozwielmożnienie się partactwa lekarskiego, nieścisłe wykonywanie przepisów ustawy przeciw partactwu, przymusowa pomoc lekarska (Ärztlicher Berufszwang), zapoznawanie Izb lekarskich ze strony władz centralnych, oto, zdaniem mowcy, ważniejsze powody niekorzystnego położenia lekarzy. Szczegółowo omawia mowca te punkty, przyczem dotyka i sprawy Kas chorych. Dr. Petrina przemawia w tym samym duchu, a w usunięciu niedostatków wyżej przytoczonych upatruje jedyną drogę do sanacyi opłakanych stosunków ogółu lekarskiego. W zapale, powiada mowca, że nieraz zdaje mu się, iż przez kreowanie Izb lekarskich chciano tylko uśmierzyć lekarzy, dając im „zabawkę“.

Dr. Łazarski wykazuje w obszernym wywodzie, że przedstawienie sprawy w memoryale, jakkolwiek trafne, jest zbyt rozwlekłe. Przymusu lekarskiego żadną miarą znieść nie można; korzystną i jedynie stosowną rzeczą będzie pewne ograniczenie tego przymusu. Ograniczenie takie, jak to mowca na przykładach udowadnia, da się przeprowadzić. Mniej wagi natomiast przywiązuje mowca do sprawy „chirurgów“ i awansu urzędników sanitarnych, omawianej zbyt szczegółowo w memoryale. Przekonywujące swoje argumentacye streszcza mowca w następujących wnioskach: Wystosować memoryał treściwy o niedoli lekarzy do prezydenta ministrów, zaś obszerny wywód rozesłać w znacznej liczbie egzemplarzy do ciał prawodawczych i do lekarzy. W podobnym duchu przemawiali i inni mowcy: Dr. Fossel, który wskazuje na wzrastającą konkurencyę pośród samych lekarzy. Centralnemu wydziałowi Izb lek. w Wiedniu jest stanowczo przeciwnym Dr. Mayer, który uważa jak największe rozpowszechnienie memoryału za nader korzystne. Za ograniczeniem przymusu lekarskiego goraco przemawiali Dr. Dvorzak i Dr. Mitkiewicz, który nadto usprawiedliwiał ograniczenie tego ciężaru tem, że obecnie zaliczono lekarzy do „zarobkujących“.

Referent Dr. Brenner wykazał ponownie trudności, stojące na zawadzie usunięciu przymusu lekarskiego, a dodatkowo do swych uwag w memoryale wskazał, jako na jednę z przyczyn coraz większej niedoli stanu lekarskiego,

brak znajomości życia praktycznego u wielu lekarzy, rozpoczynających praktykę. Co do spraw Kas chorych, oczywiście przeciwnym jest wszelkiemu *numerus clausus*, lecz i z całą energią należy wystąpić przeciw zwabianiu (Anlocken) lekarzy równocześnie do osiedlania się i objęcia obowiązków w Kasie chorych.

Ostatecznie uchwalono: treściwy memoryał wystosować do prezydenta ministrów, a obszerniejszy rozesłać.

III. Sprawa zmiany ustawy o Izbach lekarskich, wywołała zaraz przy pierwszym §. żywą rozprawę. Przedewszystkiem uznano za konieczne określić ustawowo pojęcie „lekarz" (Arzt). Drastyczne uwagi o „lekarzach dentystach" dla Moraw, czyli partaczach, którym wyjątkowo pozwolono wykonywać niektóre działy zawodu dentysty na Morawach, o specyalistach do złamań, jak Schadlbauer, protegowany przez Sejm górnoaustryacki i t. d. wykazały, jak konieczne jest ustawowe określenie pojęcia „lekarz". Wynikiem rozpraw, w których prawie wszyscy uczestnicy głos zabierali, była uchwała tej treści, że lekarzem jest każdy, kto posiada dyplom doktora, (med. lub med. i chir.) wszech nauk lekarskich, lub dyplom patrona chirurgii, ważny w krajach reprezentow. w Radzie państwa. Każdy lekarz, który na podstawie takiego dyplomu piastuje jakąś posadę, lub wykonuje sztukę lekarską, jest *„kammerpflichtig"*, czyli podlega Izbie lekarskiej. Szkic tego określenia ma być jeszcze dokładniej wykończonym, inaczej bowiem pytanie, kto ma należeć do Izby lekarskiej, będzie zawsze nasuwało wątpliwości.

§. 4. al. 1. ustawy uchwalono zgodnie z wnioskiem Izby morawskiej, ze zmianą we wszystkich sprawach tyczących się interesów stanu lekarskiego . . . Wniosek Izby wschodnio-galicyjskiej, by każda z Izb wybierała zwyczajnego członka c.k. Rady zdrowia uchwalono, jako dodatek do §. 4. z uwagą Dr. Łazarskiego, aby w szczególności dla Izby wschodniogalicyjskiej wolno było wybrać delegata zamieszkałego stale we Lwowie.

Uchwalono następnie jednomyślnie oddzielenie Rady honorowej od wydziału Izby. Wniosek ten, który pierwotnie wyszedł z łona Izby wschodniogalicyjskiej, zyskał ogólną aprobatę. Powody: Nie można być sędzią własnej sprawy; odrębna Rada honorowa ma tylko wyłącznie jeden dział do załatwienia; wykonanie wyroku zostawia się wydziałowi, który wyroku nie ferował. Do Rady honorowej mogą być wybierani wszyscy lekarze do Izby przynależni, z wyjątkiem wydziałowych Izby. Wyboru dokonuje Izba (pełna).

IV. Sprawę centralnego wydziału Izb, mającego stale w Wiedniu urzędować, pozostawiono w zawieszeniu, szczególniej pod naciskiem opozycyi Izby wschodniogalicyjskiej (Dr. Festenburg). Cały szereg dalszych zmian ustawy, proponowanych przez poszczególne Izby, uchwalono na wniosek Izby bukowińskiej (Dr. Mitkiewicza) przekazać stósownie do pierwotnego wniosku Izby czeskiej (sekcya czeska) komitetowi wybranemu jeszcze na Wiecu poprzednim z 3 Izb dla sprawozdania na Wiecu piątym.

V. W sprawie Kas chorych nie zgodzono się na wniosek Izby kraińskiej (Dr. Gregorič), by dążyć do upaństwowienia Kas. Wyczerpująca dyskusya wykazała dobitnie, że w całej Austryi stosunek Kas chorych do lekarzy jest prawie niemożliwy! Dr. Mitkiewicz zaleca wnioski Izby zachodnio-galicyjskiej, przedstawione ponownie przez Dr. Łazarskiego. Wreszcie uchwalono ponownie przedłożyć Wysokiemu c. k. Rządowi to samo podanie, co przed 2 laty.

VI. Honorarya lekarskie. Przewodniczący, Dr. Festenburg, omawiając sprawę honoraryów, wykazał, że dotychczas żadna z Izb nie przedłożyła szczegółowo umotywowanych uchwał, normujących zawiłą sprawę honoraryów lekarskich. Uchwalono poruszyć sprawę tę również w memoryale do ministra prezydenta, przyczem przemówienia Dr Petriny i Dr. Łazarskiego wskazały niektóre dyrektywy w tym kierunku.

VII. Partactwo lekarskie było ponownie przedmiotem rozpraw, ze względu na „ogłoszenia" dziennikarskie. Przewodniczący wskazuje na memoryał, wypracowany przez wschodniogalicyjską Izbę (w myśl uchwały Wiecu IIIgo) w sprawie partactwa lekarskiego, który rozesłany był wszystkim Izbom do przedłożenia Wys. c. k. Rządowi i wyczerpująco sprawę partactwa wyświetla. Zapowiedź wydania katastru, czyli spisu partaczy morawskich, przez większość delegatów przychylnie przyjęta, napotkała na częściową opozycyę. Wskazywano (Dr. Gregorič) na niebezpieczeństwo takiego skorowidzu, informującego łatwowierną publiczność! Pomimo to uchwalono dążyć do ułożenia takiego spisu w obrębie każdej Izby.

VIII. Sprawę polepszenia bytu lekarzy kolejowych przekazano następnemu Wiecowi.

IX. Wniosek Izby śląskiej (Dr. Dvorzak) o dążeniu do zniesienia przymusu lekarskiego wywołał ponownie ożywioną wymianę zdań. Skrajne zapatrywania wnioskodawcy, który w przymusie tym upatrywał poniekąd: „wezwanie do popełniania błędów sztuki lekarskiej", nie przekonało obecnych i sam wnioskodawca zgodził się na „ograniczenie przymusu" w duchu przemówienia Dr. Łazarskiego. Uchwalono ostatecznie, że „Wiec w ogólności oświadcza się przeciw przymusowi lekarskiemu."

X. Sprawy podatkowe, pomimo wyczerpującej dyskusyi, nie dało się ująć w konkretne postulaty. Wnoszenie rekursów wydawało się mówcom jako jedyna droga.

XI. Co do świadectw lekarskich uchwalono zgodnie z wnioskiem Izby czeskiej (sekcya niemiecka) rezolucyę wyrażającą ubolewanie, że świadectwa lekarzy nieurzędowych, choćby najznakomitszych, przez władze bywają uważane jako mniejszą wartość mające, niż świadectwo, jakie wydają lekarze urzędnicy.

XII. Sprawę ustanowienia osobnych referentów sanitarnych przy naczelnych władzach autonomicznych, która, jak w przemówieniu wykazał Dr. Festenburg, jest dla Galicyi bezprzedmiotową, pozostawiono *ad referendum* każdej poszczególnej Izbie.

XIII. Sprawę jednolitego sposobu pobieraniu opłat od lekarzy, zmieniających miejsce pobytu, przekazano następującemu Wiecowi.

Jako miejsce następnego Wiecu uchwalono Baden w Austryi Niższej, a Izbę niższoaustryacką (z wyłączeniem Wiednia) wybrano Izbą gospodarczą. Serdecznem podziękowaniem za udział delegatów i współudział WP. Radcy c. k. Namiestnictwa, Dra Merunowicza, zamknął przewodniczący, Dr. Festenburg, IV. Wiec. Delegat Izby wiedeńskiej wyraził imieniem ogółu delegatów Izbie gospodarczej, a w szczególności jej prezydentowi głęboką wdzięczność za trudy przygotowań i bezstronne kierownictwo obradami.

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 3 Listopada.

W Nr. 36. »Przeglądu Lek.« donieśliśmy o wezwaniu, które otrzymał prof. dr. E. Korczyński od paryskiego Komitetu, urządzającego w 1900 r. XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, do zorganizowania Komitetu polskiego dla obesłania tego Zjazdu.

Dnia 1. listopada zgromadził prof. E. Korczyński grono ludzi zaufania, którzy, po wyczerpujących obradach, wybrali prezydyum Komitetu, do którego powołani zostali: prof. dr. E. Korczyński — na prezesa, prof. dr. B. Wicherkiewicz — na wiceprezesa, dr. A. Kwaśnicki — na sekretarza.

W celu zadośćuczynienia naukowym zadaniom Kongresu, nowowybrany Komitet polski upoważnił do pośredniczenia w tym kierunku następujących lekarzy: Chłapowskiego (Poznań), A. Gluzińskiego (Lwów), Hewelkego (Warszawa), Jaruntowskiego (Poznań), Laskow-

skiego (Genewa), Rychlińskiego (Warszawa), Rydygiera (Lwów), Sokołowskiego (Warszawa), Święcickiego (Poznań), Ziembickiego (Lwów).

Następnie zgromadzeni zastanawiali się poufnie nad terminem Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w Krakowie. Jednomyślnie wyrażono życzenie, by Zjazd ten mógł odbyć się w drugiej połowie lipca, 1900 r.

Sprawa Słownika i terminologii polskiej była również przedmiotem wymiany zdań. Nie ukrywano żalu, że wskutek zbytniej powolności krakowskiej Komisyi terminologicznej, doszło w ostatnich czasach do tego, że chaos w terminologii lekarskiej polskiej o wiele się zwiększył, a jako przykład przytoczono, że w r. bieżącym począł w Warszawie wychodzić „Słownik języka polskiego“, który użył wyrazownictwa lekarskiego n i e u j e d n o s t a j n i o n e g o. Inaczej jeszcze postąpiła warszawska Redakcya »Wydawnictwa podręczników chirurgicznych«, posługując się już słownictwem anatomicznem śp. dr. Krysińskiego zanim ta cenna spuścizna przeszła przez ocenę lingwistów naszych, a co więcej, zanim wyszła z pod prasy.

Wobec tych faktów, a z obawy przed nowymi, zgromadzeni wyrazili życzenie, by, w imię dobra naszego piśmiennictwa, uprosić obecną krakowską Komisyę słownikową o możebne przyśpieszenie wydania Słownika terminologii lekarskiej polskiej.

* Z początkiem r. 1899 zacznie wychodzić w Łodzi miesięcznik »C z a s o p i s m o L e k a r s k i e«. Będzie to organ lekarzy prowincyonalnych, poświęcony medycynie praktycznej, higienie ludności pracującej fizycznie, sprawom bytowym lekarzy prowincyonalnych, sprawozdaniom z ruchu Towarzystw lekar. prowincyonalnych, Zjazdów i t. d. Uznając istnienie specyalnych warunków bytu i odmiennych potrzeb zawodowych lekarzy prowincyonalnych, »Czasopismo Lekarskie« dążyć będzie do stania się organem zjednoczenia ich pracy naukowej i praktycznej. Redaktorem »Czasopisma Lekarskiego« będzie Dr. Seweryn Sterling, wydawcą D. J. Koliński.

Łódź jest dla naszego społeczeństwa posterunkiem wielkie wagi; wszelki tam objaw obywatelskiego działania, zwłaszcza w sferze ducha, witamy z radością i uznaniem i, z tego stanowiska, życzymy szczerze powodzenia nowemu czasopismu.

* D. 26 z. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Michała Seńkowskiego na temat: »O teoretycznych podstawach analizy tłuszczów i zastosowaniu ich w badaniach produktów spożywczych«.

* Prof. Weichselbaum podaje w »Oesterreichische Sanitätswesen« obszerny opis warunków, wśród których odbywały się w wiedeńskiej pracowni bakteryologicznej badania nad zarazkiem dżumy. Drowie Albrecht i Gohn podjęli się, na życzenie Akademii Umiejętności, naukowego zbadania materyału, zebranego w Bombayu; chodziło tu o doświadczalne przekonanie się, jakiemi drogami zarazki dżumowe dostają się do ustroju, oraz czy i w jaki sposób byłoby możliwe szczepienie ochronne przeciw dżumie. Na te badania przeznaczono pokój, absolutnie odcięty od wszelkich innych ubikacyj i posiadający podłogę kamienną. Służący Barisch był człowiekiem inteligentnym, zręcznym, trzeźwym i należycie pouczonym o niebezpieczeństwach swej służby. Badania rozpoczęto w sierpniu r. 1897. Hodowle dżumy były wyłącznie oddane do przechowania Gohnowi, na którego odpowiedzialności spoczywały przygotowania do doświadczeń na zwierzętach, oraz desinfekcya pozostałych po doświadczeniu resztek i naczyń. Klatki ze zwierzętami pozostawały w pokoju »dżumowym«. Do obowiązków Barischa należały: desinfekcya podłogi, karmienie zwierząt, desinfekcya klatek, czyszczenie już zdesinfekcyonowanych narzędzi. Barisch był starannym i rozumiał ważność zarządzonych środków ostrożności. Zarażenie Barischa nastąpiło w czasie, kiedy badania były już prawie ukończone, a Barisch bardzo mało do posług był używany.

Z tego przedstawienia rzeczy przez prof. Weichselbauma zdawałoby się wynikać, że Barisch nie powinien był zarazić się dżumą doświadczalną, a jednak nie uniknął jej. Działalność ludzka jest połączona z tylu niebezpieczeństwami, że nie masz zawodu, bezwzględnie wolnego od mniejszego lub większego niebezpieczeństwa. Pomimo lamp i klap bezpieczeństwa wybuchają gazy w kopalniach, pękają kotły w fabrykach parowych; bijące w oczy sygnały nie zapobiegają wpadaniu na siebie pociągów, a ofiarą padają nie jednostki, lecz setki i tysiące ludzi. Na takie nieszczęścia wynaleziono formułkę, że »tu działa *vis major*«. Otóż taką *vis major* była ta, która spowodowała dżumę doświadczalną w Wiedniu; wszak tu ma się do czynienia ze światem niewidzialnym, dla zmysłów ludzkich nieuchwytnym i nieujętym; więc żadne ostrożności nie mogą dać absolutnej rękojmi; byle sumienie tych, na których spoczywa cała odpowiedzialność, było czyste, byle im nie można było zarzucić, że działali lekkomyślnie.

Gdy jednak, pomimo wypadków w fabrykach i kopalniach, nikt nie podnosi głosu za zamknięciem fabryk i zasypaniem kopalń, frakcya parlamentu wiedeńskiego, która wystąpiła z wnioskiem, żądającym zakazania dalszych badań bakteryologicznych nad dżumą, ośmieszyła siebie, jeśli to jeszcze wogóle możebne po tegorocznych jej produkcyach obstrukcyjnych. Od czasu do czasu dżuma zostaje zawleczona do Europy; jeśli w Wetlance było wiele ofiar, to tylko dlatego, że lasecznik dżumy wtenczas nie był jeszcze znany i, zanim rozpoznano chorobę, rozszerzyła się ona już na dobre. W ostatnich latach trzy razy przywiozły okręty dżumę z Indyi do Europy, lecz szybko poznana, właśnie na drodze badań bakteryologicznych, została zwalczoną w zarodku. A nawet obecna wiedeńska dżuma, jeśliby nie była, dzięki bakteryologii, przy pierwszym przypadku rozpoznana, niezawodnie pociągnęłaby o wiele liczniejsze ofiary. Państwo, zwłaszcza państwo mające brzegi morskie, powinno mieć urząd sanitarny, znający się na bakteryologii dżumy i innych egzotycznych chorób zakaźnych; a kto tego nie rozumie, daje świadectwo ciasnego pojmowania rzeczy oczywistych, partyjnego zacietrzewienia i nałogowego szerzenia obstrukcyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Józef Kiczales.

Nekrologia. Doszła nas smutna wieść z Monachium o śmierci Dra Stanisława Kondratowicza, znanego lekarza warszawskiego, wieloletniego wydawcy »Gazety lekarskiej«. Zmarły ogłosił kilka rozpraw w czasopismach warszawskich i spolszczył dzieła: Barnesa i Schroedera. Ś. p. Kondratowicz należał do tej dzielnej garstki ludzi, która w najcięższych chwilach nie tylko potrafiła stawić czoło trudnościom, lecz i rzucić trwałe podwaliny bytowi lekarskiej literatury polskiej. Śmierć jego w sile wieku, bo liczył zaledwo lat 50, jest stratą społeczną.

Redakcya otrzymała:

— T e n ż e: Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Combination der neuesten Untersuchungsmethode. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— T e n ż e: Beitrag zur Diagnostischen X-Durchstrahlung der Respirationsorgane (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. K r a m s z t y k Z.: Szkice krytyczne z zakresu medycyny. Warszawa, 1898.

— Dr. K r o k i e w i c z: Dwa przypadki tężca urazowego, z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antytoksyną. Odbitka. Poznań, 1898.

— T e n ż e: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie. Odbita. Poznań, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe z w y c z a j n e p o s i e d z e n i e w dniu 9-go Listopada, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w Sali wykładowej kliniki chirurgicznej, ulica Kopernika, Nr. 41.

Na porządku dziennym:

1) Sprawy administracyjne.

2) Kol. Dr. Kaczkowski Karol: Okaże przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi z przedstawieniem odpowiednich przypadków chorobowych.

3) Kol. Dr. Rutkowski Maks. wygłosi: O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**